Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Katamnesen nach Alkoholismustherapie an der Suchtstation der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (1976)

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard - Karls - Universität
Tübingen

vorgelegt von
KLAUS HEIDE
aus Kirchberg-Murr

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546514_0009

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Katamnesen nach Alkoholismustherapie an der Suchtstation der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (1976)

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard - Karls - Universität
Tübingen

vorgelegt von
KLAUS HEIDE
aus Kirchberg-Murr

1985

Dekan:	Professor Dr. H. D. Waller
1. Berichterstatter:	Professor Dr. E. M. Biniek
2. Berichterstatter:	Privatdozent Dr. K. Foerster

---

gedruckt bei H.- J. Köhler ' Reprografischer Betrieb ' Tübingen

Katamnesen nach Alkoholismus-Therapie an der Suchtstation der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (1976):

1. Einleitung und Fragestellung 1
2. Beschreibung der Suchtstation 3
3. Methodik der Untersuchung 10
   3.1. Allgemeines 10
   3.2. Stichprobe 17
   3.3. Informationsquellen 18
   3.4. Katamnesendauer 20
   3.5. Variablen 22
4. Durchführung der Untersuchung 34
   4.1. Allgemeines zum Vorgehen 34
   4.2. Operationale Definition der Variablen 38
   4.3. Erhebung und Bewertung der Daten 61
5. Ergebnisse 66
   5.1. Patientenvariablen 66
   5.2. Therapievariablen 71
   5.3. Katamnestische Variablen 79
   5.4. Interviewvariablen 84
   5.5. Statistische Beziehungen zwischen dem Therapieergebnis und anderen Variablen 87
6. Diskussion 94
7. Zusammenfassung 105
8. Literaturverzeichnis 108
9. Anhang 118
   9.1. Fragebogen 118
   9.2. Tabellen 127

1. Einleitung und Fragestellung:

Seit 1975 existiert an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen eine Suchtstation. Eine erste katamnestische Untersuchung haben GRUNER und ESSER (36) veröffentlicht. In der vorliegenden Arbeit wird nun die therapeutische Effizienz der auf der Suchtstation durchgeführten Behandlung anhand einer längeren Katamnesendauer und einer größeren Patientenzahl untersucht.

Untersucht werden sollen der Zustand der Patienten zwei Jahre nach Abschluß der stationären Behanldung zur Bewertung des Behandlungsergebnisses sowie die Beziehung zwischen Behandlungsergebnis einerseits und Merkmalen der Patienten vor der Therapie und Daten ihrer Behandlung andererseits zur Diskussion von Differentialindikation, Prognose und therapeutischem Vorgehen. Außerdem sollen Anhaltspunkte zur Diskussion der katamnestischen Methodik gewonnen werden.

Es handelt sich um die erste einer Reihe von Untersuchungen unter der Leitung von E. Biniek über die Arbeit der Suchtstation, es werden Nachuntersuchungen mit längerer Katamnesendauer sowie prospektive Studien folgen, bisher liegen drei von diesen Arbeiten (6)(46)(48) vor.
Danken möchte ich meinem Doktorvater Professor Dr. E. Biniek für die Betreuung der Arbeit, dem Personal der Suchtstation für zahlreiche Auskünfte, Dr. G. Deichsel und Dr. J. Mau vom Institut für Medizinische Biometrie und Frau B. Pietsch, Herrn N. Eichenseher, Herrn E. Heberle und Herrn H. Dinse von der Abteilung für Medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung

für die Beratung in Fragen der Statistik und der elektronischen Datenverarbeitung sowie allen beteiligten Patienten und deren Angehörigen.

2. Beschreibung der Suchtstation:

Aufgrund meiner Beobachtungen bei Hospitation und zahlreichen Gesprächen mit Mitarbeitern sowie aufgrund der Darstellung von BINIEK (9) und GRUNER und ESSER (36) läßt sich die Suchtstation wie folgt beschreiben.

Sie gehört zur Universitäts-Nervenklinik Tübingen, hat 14 Betten (2- und 3-Bett-Zimmer), es stehen ein Gemeinschaftsraum, ein Stationszimmer, Küche, zwei Arztzimmer, Labor sowie sanitäre Einrichtungen zur Verfügung. Einzugsgebiet der Suchtstation ist ohne scharfe Abgrenzung die Umgebung von Tübingen bis zu einer Entfernung von etwa 50 kg. Einweisende Stellen sind die Poliklinik der Universitäts-Nervenklinik, Kliniken und niedergelassene Ärzte sowie Suchtberatungsstellen der Umgebung. Die Kosten der Behandlung werden von den Krankenkassen getragen. Neben der hier untersuchten Therapie werden auf der Suchtstation noch die voll in die beschriebene Therapie integrierte Behandlung von Medikamentenabhängigen, die kurzfristige Nachbehandlung von rückfälligen früheren Patienten sowie der körperliche Entzug als Einleitung der Behandlung in der Tübinger Drogenhilfe durchgeführt. Patienten, die sich zur Behandlung vorstellen, für die aber keine der genannten Maßnahmen in Frage kommt, werden auf anderen Stationen der Universitäts-Nervenklinik aufgenommen oder an geeignete Institutionen vermittelt.
Grundzüge der Konzeption sind Gemeindenähe und Kombination eines kurzfristigen stationären Aufenthaltes und einer längerfristigen ambualnten Gruppentherapie. Durch die Gemeindenähe soll erleichtert werden, daß die Sucht-

station bei Rückfällen und bei Rückfallgefahr erreichbar ist, und daß eine intensive Zusammenarbeit mit Angehörigen und Suchtberatungsstellen gepflegt wird. Die kurze Dauer des stationären Aufenthaltes soll der Gefahr des Verlustes der Arbeitsstelle sowie der Entfremdung von Familie und sonstiger Umgebung entgegenwirken.

Die Suchtstation wurde im April 1975 unter der Leitung von Dr. Gruner gegründet. Sie war zunächst überwiegend Auffangbecken und Einrichtung zur Weitervermittlung an andere Einrichtungen und entwickelte sich dann innerhalb einiger Monate zum Träger einer eigenen Behandlungskonzeption, die seither ständig weiterentwickelt wird. Der stationäre Aufenthalt dauerte anfangs drei, zur Zeit des Aufenthaltes der hier untersuchten Patienten dann vier, seit Ende 1977 sechs Wochen. Die Verlängerung erfolgte aus organisatorischen Gründen. Die Teilnahme an der ambulanten Gruppentherapie war zunächst offen, später verpflichtete die Aufnahme zur mindestens sechsmonatigen Teilnahme an den wöchentlichen Treffen der meist länger bestehenden, immer wieder durch neue Mitglieder ergänzten Gruppen. Seit Mitte 1976 dauert die ambulante Therapie ein Jahr, seit Herbst 1976 sind die Gruppen geschlossen. In einzelnen Fällen wird mit den Patienten eine ambulante Therapie in Gruppen der Suchtberatungsstellen vereinbart. Seit Frühjahr 1976 steht die Station unter der Leitung von Professor Dr. E. Biniek.
Auf der Suchtstation sind zwei Ärzte und sieben Pflegekräfte, teils mit Ausbildung zur Psychiatriepflegekraft, tätig, daneben ein Praktikant und ein Zivildienstlei-

stender. Außer bei spezifisch ärztlichen Tätigkeiten wird zur Erreichung größtmöglicher Gleichberechtigung und Vielseitigkeit abwechselnde Übernahme aller Tätigkeiten angestrebt.

Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten erfolgt in einem Vorgespräch mit einem ärztlichen und einem nichtärztlichen Mitarbeiter. Als behandlungsbedürftiger Alkoholiker wird dabei betrachtet, wer wegen Alkoholproblemen Aufnahme wünscht und auf das Personal als chronischer Alkoholiker wirkt (so auch EMRICK 23, S. 19), keiner der befragten Mitarbeiter kann sich erinnern, daß einmal ein Interessent als nicht behandlungsbedürftig abgewiesen wurde.

Bedingungen für die Aufnahme sind Freiwilligkeit, Bereitschaft zur Abstinenz und zur Teilnahme an der ambulanten Gruppe, ausreichende Motivation, Fähigkeit zur Beteiligung am Gruppengespräch, gesicherte Unterkunft und Arbeitsstelle, erhaltene familiäre Beziehungen, Erreichbarkeit des Wohnortes möglichst innerhalb von 30 Minuten, Entfernung zwischen Wohnort und Universitäts-Nervenklinik von maximal 50 Kilometern, Alter zwischen Anfang 20 und 50 Jahren, es soll keine Psychose, keine hirnorganische Erkrankung und keine Mehrfachabhängigkeit vorliegen. Diese Kriterien werden abgesehen von Freiwilligkeit und ausreichender Motivation nicht streng eingehalten, entscheidend ist der Eindruck von Situation und Prognose. Bei diesem Vorgehen ist mit unterschiedlich strenger Handhabung bei verschiedenen Mitarbeitern und zu verschiedenen Zeiten zu rechnen. Soweit rekonstruierbar haben damals etwas über 60 % der Vorgespräche zu Terminvereinbarungen

geführt, etwa 50 % der zum Vorgespräch erschienenen Patienten kamen dann auch tatsächlich zur Aufnahme auf der Suchtstation.
Zwischen Vorgespräch und Aufnahme liegen wenige Tage bis etwa drei Monate Wartezeit, im Durchschnitt etwa fünf Wochen. Es ist damit zu rechnen, daß lange Wartezeiten selegierend wirken, weil schlecht motivierte Patienten inzwischen die Bereitschaft zur Behandlung verlieren (52, S. 480 ff).

Das Therapieprogramm der Suchtstation umfaßt wöchentlich dreimal eineinhalb Stunden Gruppentherapie (gruppendynamisch orientiert, Besprechung der psychischen Problematik der Patienten, zur Zeit der Behandlung der hier Untersuchten unter erheblicher Zurückhaltung der Gesprächsleitung mit Inkaufnahme langer Schweigezeiten (inzwischen in Anbetracht der zum Teil beschränkten Möglichkeiten der Patienten methodisch flexibler), dreimal eine Stunde Informationsgruppe (Informationen über Ursachen, Verlauf, Komplikationen und Therapie des Alkoholismus), einmal eineinhalb Stunden Rollenspiel (Durchspielen von Situationen vor, während und nach Alkoholkonsum zur Bewußtmachung von Zusammenhängen und insbesondere zum Einüben von Alternativen, vor allem von geeigneten Reaktionen bei Alkoholangeboten), Stationsgruppe (Besprechung organisatorischer Fragen unter möglichst starker Beteiligung der Patienten), zwei bis dreimal Beschäftigungstherapie (Basteln, Collagen, z.T. alkoholbezogen, vor allem Persiflierung der Alkoholwerbung), Sonntagabendgruppe (Besprechung der Erfahrungen beim Wochenendurlaub), Angehörigengruppe (obligatorisches Gruppengespräch der Angehörigen,

einmal während der Behandlung auch in Anwesenheit der Patienten, Informationen, Ratschläge, Erfahrungsaustausch, Besprechung von Konflikten), Zweier- und Dreiergespräche des Patienten mit seinem Arzt und seiner ihm als besondere Anlaufstelle zur Verfügung stehenden Bezugsperson aus dem Pflegepersonal, Bewegungstherapie, Außenaktivität (Ausflüge, Kino und dergleichen) und Abendveranstaltungen (Geselligkeit, Filmvorführungen und dergleichen).

Alle Patienten werden außerdem psychiatrisch, neurologisch und allgemeinmedizinisch untersucht und ggf. an die entsprechenden Stellen des Universitätsklinikums überwiesen. Bei Bedarf steht die zuständige Sozialarbeiterin der Universitäts-Nervenklinik zur Verfügung.

Medikamente werden wegen der Gefahr einer Suchtverlagerung sehr zurückhaltend eingesetzt, nur bei deutlichen Zeichen von Delirgefahr wird Distraneurin oral appliziert, im Falle der Notwendigkeit parenteraler Distraneuringabe erfolgt eine kurzfristige Verlegung auf eine andere Station des Hauses, Tranquilizer werden streng vermieden, bei dringend medikations-bedürftigen Unruhe- und Spannungszuständen werden niedrig dosierte Neuroleptika gegeben, gelegentlich werden Antidepressiva eingesetzt.

In der Stationsordnung werden die obligatorische Teilnahme an den Veranstaltungen, Küchendienst, Weckzeit, Bettruhe, Ausgangsregelung (eine Woche Ausgang nur innerhalb der Klinik, dann eine Woche Ausgang in Gruppen bis 20.00 Uhr, dann eine Woche ebenso bis 23.00 Uhr, anschließend Ausgang alleine, Wochenendurlaub ab dem

dritten Wochenende), Verbot von Alkohol, Medikamenten und Drogen während des Aufenthaltes sowie Zimmerkontrollen, Harnuntersuchungen und Alkoholtests festgelegt.

Die Patienten beginnen und beenden den Aufenthalt zusammen. Abweichungen von der normalen Behandlungsdauer kommen vor durch disziplinarische Entlassung (bei wiederholten Rückfällen oder bei Uneinsichtigkeit nach Rückfall), Entlassung wegen mangelhafter Motivation (im allgemeinen nach Bedenkzeit), einvernehmliche Verkürzung aus familiären oder beruflichen Gründen oder Abbruch durch den Patienten.

Die ambulante Gruppentherapie im Anschluß an den stationären Aufenthalt hat in der Konzeption der Suchtstation zunehmend an Bedeutung gewonnen und wurde aus einer fakultativen Nachbetreuung zu einem gleichberechtigt neben der stationären Behandlung stehenden Teil des Programms. Die Patienten, die zur gleichen Zeit auf Station waren, bilden in der Regel jeweils eine ambulante Gruppe. Die Gruppensitzungen werden durch jeweils zwei Mitarbeiter der Suchtstation geleitet, finden einmal pro Woche statt, dauern eine Stunde und entsprechen methodisch der Gruppentherapie während des stationären Aufenthaltes. Bis Mitte 1976 war nur die Mindestdauer (sechs Monate) vereinbart, zahlreiche Patienten nahmen länger teil, seither ist die Behandlungsdauer auf ein Jahr festgelegt. Eine vorzeitige Beendigung erfolgt in Ausnahmefällen im Einvernehmen (Wegzug, berufliche Gründe, andere Therapie), im allgemeinen als eigenmächtiger Abbruch.

Weitere Maßnahmen nach der stationären Therapie sind Beratung und Vermittlung bezüglich anderer therapeutischer Einrichtungen bei Bedarf, Sprechstunden mit Verabreichung von Medikamenten (vor allem Antabus), Beratung und Alkoholkontrollen, Aufnahme von rückfälligen Patienten für drei oder vier Tage (mit jedem Patienten wird vereinbart, daß er sich bei einem Rückfall oder Rückfallgefahr an die Suchtstation wendet, falls die kurzfristige Wiederaufnahme nicht ausreichend erscheint, wird die Vermittlung einer langfristigen Entziehungskur angestrebt) sowie Anrufe, briefliche Anfragen und Besuche bei Patienten, die nicht zur ambulanten Behandlung erschienen und/ oder bei denen der Verdacht auf Rückfall besteht.

Bei einem kleineren Teil der Patienten wird, wenn sie abstinenzmotiviert, aber labil erscheinen, Antabus gegeben.

Ziel der Therapie ist strikte, lebenslange Abstinenz, soziale Sanierung und, soweit möglich, Bearbeitung der dem Alkoholismus zugrunde liegenden psychischen Problematik.

3. Methodik der Untersuchung:

3.1. Allgemeines:

Die einschlägigen Publikationen über Behandlungsergebnisse in der Alkoholismustherapie stoßen auf methodische Kritik (siehe z.B. HILL und BLANE, 37, S. 77 ff und WIESER, 82, S. 456). Unter anderem wird bemängelt, daß im allgemeinen kein Vergleich zwischen den behandelten Patienten und einer unbehandelten Kontrollgruppe mit Zuteilung der Patienten zu Kontroll- und Behandlungsgruppe nach den Regeln statistischer Testverfahren vorgenommen wird (37, S. 78 ff). Die Besserungsrate nach der zu untersuchenden Therapie könnte ja auch der Spontanbesserungsrate entsprechen oder sogar noch darunter liegen (71, S. 237 ff), der Entschluß zur Therapie könnte das Wesentliche sein, ohne daß dann die Therapie selbst noch einen Einfluß auf die Besserungsrate hätte (4, S. 96). Gängige Versuche, einen Ersatz zu schaffen für eine unbehandelte Kontrollgruppe,sind methodisch unbefriedigend (vgl. dazu 37, S. 78 ff und 3, S.131 f). Wird z.B. ohne Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe als Therapieeffekt einfach der Unterschied zwischen dem Zustand vor und nach der Therapie betrachtet, so werden mögliche Spontanremissionen und außertherapeutische Faktoren nicht berücksichtigt. Werden behandelte Alkoholiker mit unbehandelten, nicht therapiewilligen Alkoholikern verglichen, so wird außer acht gelassen, daß die behandelten Alkoholiker bezüglich Situation

und Motivation eine Auswahl darstellen. Dasselbe gilt für einen Vergleich mit Alkoholikern, die nach einer minimalen Behandlung, im allgemeinen einer Entgiftung, nicht weiterbehandelt wurde, oder die die Therapie gleich zu Beginn abbrachen (ARMOR u.a. 4, S. 93 ff, die solche Patienten mit voll behandelten Patienten vergleichen, rechtfertigen ihr Vorgehen damit, daß sie zwischen den verschiedenen Gruppen wenig Unterschiede in den demographischen und alkoholismusbezogenen Merkmalen fanden; angesichts der entscheidenden Rolle der Motivation, siehe WIESER, 81, S. 577 ff, und der Schwierigkeit, diese zu erfassen, erscheint diese Argumentation ungenügend). Die Heranziehung einer Wartelistengruppe zum Vergleich scheitert an der ethischen Problematik, wenn dabei längere Zeit keine Behandlung erfolgt (54, S. 73); wenn während der Wartezeit eine unspezifische Betreuung erfolgt, so kann die Wartelistengruppe nicht als unbehandelt betrachtet werden, da auch unspezifische Interventionen therapeutisch wirksam sein können (27, S. 175), außerdem kann auch die Erwartung der Therapie während der Wartezeit einen therapeutischen Effekt bewirken. Es gibt also keine praktikablen Möglichkeiten, durch Vergleich mit einer echten Kontrollgruppe nachzuweisen, daß es bei therapiewilligen Alkoholikern von Bedeutung für den Verlauf ist, ob sie tatsächlich Therapie erhalten oder nicht.

Wenn nun die Annahme, daß Therapie für Alkoholiker von Nutzen sein kann, nicht auf experimentellem Nachweis sondern auf klinischer Evidenz beruht, weil

ein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe nicht praktikabel ist, so besteht doch die Möglichkeit, die Wirksamkeit verschiedener Therapieformen experimentell zu vergleichen. Dies ist unter anderem deswegen wünschenswert, weil es Anhaltspunkte dafür gibt, daß bestimmte Therapieverfahren auch schädlich sein können (71, S. 237). Selbstverständlich ist auch hier zufällige Zuteilung zu Behandlungs- und Vergleichsgruppe zu fordern (37, S. 79). Dies kann aber die Motivation der Patienten beeinträchtigen, die einem der untersuchten Verfahren mehr zuneigen als dem anderen. Eine freie Wahl des Therapieverfahrens durch den Patienten würde aber einen systematischen Fehler (Bias) bedeuten (37, S. 83 f und 71, S. 242 und 26, S. 264). Dabei ist auch der Vergleich mit einer Placebogruppe, die z.B. mit unspezifischer Milieutherapie und dergleichen behandelt wird (78, S. 8 und 26, S. 264), ethisch vertretbar, da bisher von keiner Methode die Effizienz erwiesen ist (71, S. 237); diese Placebogruppe kann aber nicht als unbehandelte Kontrollgruppe betrachtet werden, da auch unspezifische Interventionen therapeutisch wirksam sind, sie kann lediglich dazu dienen, die Wirksamkeit spezifischer von der unspezifischer therapeutischer Faktoren abzuheben.

Zum Nachweis des Effekts der Therapie ist es notwendig, prospektiv vorzugehen (37, S. 77), die zu prüfenden Hypothesen müssen vorher formuliert werden (82, S. 456), ohne vorherige Definition der Therapieziele kann retrospektiv jede Veränderung als

Erfolg gewertet werden (71, S. 235). Bei einer Benutzung der Krankenblätter als Ausgangspunkt für Vergleiche anstelle von Untersuchungen vor Beginn der Behandlung ist die Frage von Validität und Reliabilität ungeklärt (19, S. 68), bei einer retrospektiven Befragung von Patienten und Angehörigen über die Symptomatik vor der Therapie stößt man auf die Grenzen der Erinnerungsfähigkeit der Informanten (71, S. 238).

Die in der Literatur diskutierten Maximalforderungen werden von nur sehr wenigen Studien erfüllt und sind wohl auch an den meisten Institutionen nicht erfüllbar. Einen gewissen Ersatz dafür soll die Angabe von Merkmalen der Patienten, die die Prognose beeinflußen können, bieten, damit die Behandlungsergebnisse einer Institution mit denen anderer Institutionen wenigstens grob verglichen werden können. GLATT (35, S. 58) bezeichnet einen Vergleich von Behandlungsergebnissen ohne Betrachtung dieser Merkmale als bedeutungslos; vielfach werden diese Merkmale sogar als wichtiger für das Ergebnis betrachtet als die angewandte Behandlungsmethode (82, S. 456, 8, S. 104, 25, S. 1905).
Als Minimum für die Beschreibung der Patienten nach prognostisch wichtigen Merkmalen werden in der Literatur genannt: Angaben zu Auswahlverfahren, Alter und Geschlecht (37, S. 98), Alter bei Beginn des Alkoholismus, Familienstand, Ausbildungsniveau, Schichtzugehörigkeit, berufliche Anamnese, Geschichte der sozialen Fehlanpassung, Trinkmuster, gegen-

wärtige Einstellung zum Trinken und bisherige Therapie (71, S. 242), Alter, Geschlecht, Zahl der nicht in der Untersuchung erfaßten Patienten und Auswahlverfahren (23, S. 112). Darüberhinaus geben einige Autoren (z.B. 54, S. 112 ff) sehr umfangreiches Material dazu an.

Unter diesen Umständen kann ein Vergleich von Therapieergebnissen mit Angaben in der Literatur über die Therapieergebnisse vergleichbarer Einrichtungen nur einen groben Anhalt bieten (vgl. 35, S. 58 f). Die verschiedenen prognostisch relevanten Merkmale der Patienten sind in ihrem Gewicht und in ihrer Interaktion mit den Besonderheiten der jeweiligen Therapieformen noch zu wenig erforscht, es ist anzunehmen, daß Motivation und Einsicht die größte Rolle für die Prognose spielen. In mehreren Arbeiten (30, S. 185 f, 65, S. 487 und 55, S. 98 ff) wird beschrieben, wie aufgrund des Rufes der verschiedenen Institutionen bei Patienten und einweisenden Stellen es dazu kommt, daß diese Institutionen sich in ihrer Klientel sehr stark unterscheiden, vor allem auch bezüglich Motivation und Einsicht. Ein aussagekräftiger Vergleich der Effizienz verschiedener Institutionen wäre nur möglich, wenn die Patienten nach den üblichen Regeln experimenteller Untersuchungen diesen Institutionen zugewiesen würden. Es läßt sich also nur erörtern, ob gefundene Behandlungsergebnisse etwa den allgemeinen Erwartungen, die sich aus dem noch etwas vagen Wissen über die Erfolgsaussichten der Therapie ergeben, entsprechen. COSTELLO (17, S. 251 ff) teilt die von ihm

referierten 58 "relevanten Studien" nach Clusteranalyse dem Therapieergebnis entsprechend in fünf Gruppen ein (sehr gut bis sehr schlecht), er folgt der Argumentation von CATTELL (15, S. 10), daß aus einer Serie von nicht exakt miteinander vergleichbaren Samples doch gewisse Schlüsse gezogen werden können. Als Anhaltspunkt für die Qualität einer zu untersuchenden Therapie bezeichnet er bei Behandlungsprogrammen für heruntergekommene, prognostisch ungünstige Patienten ein Minimum von 11 % erfolgreich Behandelten und bei Behandlungsprogrammen für prognostisch günstige Patienten ein Minimum von 46 % erfolgreich Behandelten; Programme ohne derart selektive Aufnahmeprinzipien sollten mit ihrer Erfolgsquote dazwischen liegen (18, S. 864 f). Als gutes Ergebnis bezeichnet er 35 %, als mittelmäßiges Ergebnis 30 % erfolgreich Behandelte. Er geht dabei von Zwei-Jahres-Katamnesen aus (17, S. 254 ff). Dies entspricht auch etwa der Faustregel von je einem Drittel Abstinenten, Gebesserten und erfolglos Behandelten (47, S. 284). Daß diese Regel seit Anfang der 60er Jahre angesichts der seither erzielten Ergebnisse der Fachkrankenhäuser nicht mehr gelte (68, S. 142 f), erscheint aus methodischen Gründen (knappe oder fehlende Angaben zum Vorgehen, zum Ausschluß aus der Untersuchung, Ausschluß der Therapieabbrecher und anderes mehr bei den vorliegenden Katamnesen) derzeit noch nicht ausreichend belegt.

Ein Vergleich mit der Spontanremissionsrate, wie WIESER (82, S. 455 f) ihn fordert, um damit den

tatsächlichen Therapieerfolg festzustellen, da ja auch ohne Therapie so viele Patienten abstinent geworden wären,wie es sich aus der Spontanremissionsrate ergebe, ist nicht sinnvoll. Behandelte und unbehandelte Alkoholiker sind unterschiedliche Gruppen aus der Gesamtheit der Alkoholiker und unterscheiden sich in verschiedenen Merkmalen (vgl. 3, S. 131). Im allgemeinen entschließen sich Alkoholiker auch erst nach mehreren fehlgeschlagenen Versuchen, ohne Therapie abstinent zu werden, zu einer Therapie (§4, S.112), es ist also damit zu rechnen, daß in der Gruppe der behandelten Alkoholiker diejenigen überrepräsentiert sind, die eine schlechte Chance zur Spontanremission haben.

3.2. Stichprobe:

Im allgemeinen werden bei katamnestischen Untersuchungen nach Suchtbehandlung als Stichprobe alle Patienten ausgewählt, die in einem bestimmten Zeitabschnitt aufgenommen wurden. Das weit verbreitete Vorgehen, davon dann die Patienten auszuschließen, die die Therapie abgebrochen haben oder disziplinarisch entlassen worden sind (z.B. 68, S. 142), ist deswegen nicht angemessen, weil zu den Aufgaben einer therapeutischen Institution, an deren Erfüllung der Erfolg gemessen werden muß, auch gehört, bei den Patienten Kooperativität und Motivation zu fördern und zu erhalten. Es erscheint auch fragwürdig, die Patienten aus der Untersuchung auszuschließen, die aus äußeren Gründen die Behandlung vorzeitig beendet haben (so 23, S. 49 f), weil sich hinter der Berufung auf äußere Umstände Mangel an Motivation verbergen kann. Die Forderung (71, S. 254), auch die Patienten in die Untersuchung aufzunehmen, die nach dem Vorgespräch nicht mehr erschienen sind, ist nur dann berechtigt, wenn die Effizienz einer Institution untersucht werden soll, die auch eine umfassende ambulante Betreuung mit dem Ziel anbietet, behandlungsunwillige Alkoholiker zur Behandlung zu motivieren. Zu weit geht diese Forderung bei allen Einrichtungen, von deren Konzeption her nur die Patienten betreut werden können, die wenigstens bereit sind, sich stationär aufnehmen zu lassen.

3.3. Informationsquellen:

Wünschenswert wäre, im Rahmen einer prospektiven Studie dieselben Untersuchungen vor Beginn der Therapie und nach Ablauf der Katamnesendauer vorzunehmen, um damit den Zustand vor und nach der Therapie möglichst exakt vergleichen zu können (37, S. 77 und 71, S. 248). Die Brauchbarkeit von Krankenblattunterlagen, die unter anderen Bedingungen und zu anderen Zwecken erstellt wurden, für einen Vergleich mit den Befunden, die in der Nachuntersuchung erhoben wurden, ist fraglich (19, S. 68). Nun sollte diese Schwierigkeit aber auch nicht überschätzt werden, bei Patienten, die sich freiweillig einer Alkoholismustherapie unterziehen, kann davon ausgegangen werden, daß vor Beginn der Behandlung Alkoholismus bestanden hat, bei der Nachuntersuchung kann festgestellt werden, ob dies noch der Fall ist, so daß also bezüglich des Hauptsymptoms der genannte methodische Mangel ohne Konsequenzen bleibt. Schwieriger wird es, wenn daneben die weitere psychische und soziale Entwicklung der Patienten und die Frage einer möglichen Symptomverschiebung untersucht werden soll.

Die Validität der Nachuntersuchungsergebnisse nach Suchtbehandlung wird in der Literatur ausgiebig diskutiert. Die Art der Datenerhebung beeinflußt das Ergebnis, z.B. besteht bei Untersuchungen, die durch Mitarbeiter der jeweiligen Therapieeinrichtungen durchgeführt werden, wegen deren Erwartungen eine Tendenz zu optimistischeren Ein-

schätzungen (71, S. 243 f). Habitus und Einstellung des Interviewers zum Alkohol beeinflußen die Antworten der Untersuchten, z.B. haben bei Felduntersuchungen über die Höhe des Alkoholkonsums Interviewer, die den Eindruck machten, selbst alkoholabstinent zu sein, niedrigere Angaben über den Alkoholkonsum der Interviewten erhalten als andere Interviewer (60, S. 710 f und 16, S. 228 ff). Daraus ergibt sich die Forderung, das Vorgehen beim Interview und die Voraussetzungen des Interviewers möglichst genau zu beschreiben (19, S. 68 ff).

Die meisten Autoren betonen auch die Notwendigkeit zusätzlicher fremdanamnestischer Angaben (z.B. 37, S. 86), da die Patienten dazu neigen, Rückfälle zu verschweigen und Probleme zu bagatellisieren. Einige Autoren allerdings beurteilen die Angaben der Patienten optimistischer, teilweise werden sogar telefonische Angaben als im wesentlichen zuverläßig bezeichnet (39, S. 1330 ff). GERARD und SAENGER (30, S.102f) sehen eine Leugnungstendenz bei den Patienten weniger in Bezug auf das Trinken an sich als auf die Häufigkeit des Trinkens und die damit verbundenen Probleme und finden in den Angaben des Patienten immer genügend Anhaltspunkte, um zu einer treffenden Beurteilung seiner Situation kommen zu können.

3.4. Katamnesendauer:

In der Literatur wird bei katamnestischen Untersuchungen von Behandlungen mit stationärem und ambulantem Teil meist der ambulante Teil zur Katamnesendauer gerechnet (z.B. 43, S. 60 ff, 30, S. 21, 72, S.). Dies erscheint gerechtfertigt, denn die meisten Rückfälle erfolgen im Anschluß an die stationäre Behandlung während der ambulanten Weiterbehandlung, während es nach Beendigung der ambulanten Weiterbehandlung nur zu einer geringeren Häufung von Rückfällen kommt (siehe die Übersicht über zahlreiche Untersuchungen bei EMRICK, 23, S. 70 ff).

Zahlreiche Autoren sprechen sich für eine Katamnesendauer von zwei Jahren nach Abschluß der Behandlung aus, da nach dieser Zeit nur noch sehr wenige Patienten rückfällig werden (siehe z.B. 82, S. 456 f). Vielfach wird auch eine einjährige Katamnesendauer vertreten (z.B. 29, S. 630 und 67, S. 366), da fast 90 % der Rückfälle innerhalb der ersten sechs Monate nach der Therapie stattfinden (22, S. 498, 33, S. 145). Nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung der Therapie kommt es zwar noch bei einzelnen Patienten zu Verschlechterungen des Zustandes, bei anderen aber dafür zu Verbesserungen, so daß die Relation zwischen der Gruppe der gebesserten und der Gruppe der nicht gebesserten Patienten dann weitgehend konstant bleibt. Das bedeutet, daß nach Ablauf dieser Zeit eine Beurteilung des Gesamterfolges einer Institution möglich ist (29, S. 630, 23, S. 57). In einer Übersicht über zahlreiche Katamnesen (71, S. 274 f) findet sich

eine durchschnittliche Katamnesendauer von 23 Monaten, dies wird hier als adäquater Kompromiß zwischen der Notwendigkeit langer Katamnesen und der Notwendigkeit einer raschen Fertigstellung der Untersuchungen bezeichnet.

3.5. Variablen:

Über die oben genannten Minimalforderungen (siehe 71, S. 242) hinaus finden sich zusätzliche Merkmale, die geeignet sind, ein Bild vom Zustand der Patienten vor der Therapie zu vermitteln. Ob der Patient mit seinem Ehepartner, seinen Eltern oder Sonstigen zusammenwohnt oder alleine lebt, bietet einen Anhaltspunkt für seine soziale Integration, für seine Selbständigkeit und den zu erwartenden Rückhalt (vgl. 38, S. 513 ff). Die spezielle Situation von Ausländern (vgl. 14, S. 38 ff) und zugezogenen deutschen Bevölkerungsgruppen, z.B Heimatvertriebenen (1, S. 65), kann für die Prognose der Erkrankung von Bedeutung sein. Als Alkoholrisikoberufe sind zu betrachten Berufe im Bereich von Land- und Forstwirtschaft (2, S. 78), Alkoholproduktion und -Vertrieb, Bau, Transport (27, S. 58), Durst- und Kontaktberufe (74, S. III/34) sowie ungelernte Berufe (2, S. 78). Über diese speziellen Risikoberufe hinaus gelten als allgemeine berufliche Risikofaktoren niedriges Qualifikationsniveau und hohe Verhaltensautonomie (27, S. 58). Beruflicher Abstieg kann ein Hinweis auf bereits eingetretene Komplikationen des Alkoholismus sein (vgl. 1, S. 63), ebenso drohende Arbeitslosigkeit, sonstige berufliche Beeinträchtigungen, Verlust des Führerscheins sowie Vorstrafen. Angaben über das Alter bei Beginn des Alkoholismus erfordern eine Definition dieses Beginns. Nun treten aber die für den Alkoholismus pathognomonischen Symptome häufig unvollständig und in atypischer

Reihenfolge auf (41, S. 676, 21, S. 409 ff und, insbesondere zu den interkulturellen Unterschieden, 3, S. 79 f, 63, S. 887 ff und 61, S. 905 ff). Das spricht dafür, den Beginn des Alkoholismus zu dem frühesten Zeitpunkt anzunehmen, für den eines der pathognomonischen Symptome angegeben wird (40, S. 26). Für die Untergliederung der Patienten in verschiedene Alkoholismustypen kommt am ehesten die Einteilung nach JELLINEK (42, S. 35 ff), die die weiteste Verbreitung gefunden hat, in Frage. Zur Beschreibung des Trinkmusters eignen sich Angaben, ob der Patient mehr gesellig oder alleine und kontinuierlich oder intermittierend trinkt und ob er hoch- oder niedrigprozentige Alkoholika bevorzugt (vgl. 45, S. 35 ff). Die Einschätzung der Motivation wird in der Literatur nach verschiedenen, meist unbefriedigenden Kriterien vorgenommen: Die formale Freiwilligkeit der Therapie bietet nur einen groben Anhalt ohne Aussage darüber, inwieweit der Entschluß zur Behandlung auf äußeren Druck beruht (28, S. 1081). Auch die Angabe, ob der Patient von selbst zur Klinik kommt, oder von einer anderen Stelle überwiesen wird (so z.B. 5, S. 101 und 62, S. 86) besagt wenig, da sich der Patient gut motiviert an die einweisende Stelle oder schlecht motiviert direkt an die Klinik wenden kann, weil hier zufällige Informationen über Behandlungsmöglichkeiten eine Rolle spielen. Andere objektive Daten, z.B. Zahl der Versuche, mit dem Trinken aufzuhören, Teilnahme an Sitzungen der Anonymen Alkoholiker, Nüchternheit bei der Aufnahme oder Zahl der Lebensbereiche, die durch das Trinken

beeinträchtigt sind und den Patienten beunruhigen (59, S. 574 und 581, 5, S. 101), bieten allenfalls Anhaltspunkte, da Beeinträchtigungen und vergebliche Bemühungen nicht nur für starke Motivation sondern auch für Demoralisierung sprechen können. Am ehesten scheinen relevante Aussagen über die Motivation dadurch möglich zu sein, daß der Patient vor der Therapie von erfahrenen Therapeuten interviewt wird, auf diese Weise lassen sich recht treffsichere Voraussagen über den Behandlungserfolg machen (32, S. 430 ff). Inwieweit Alkoholiker zu der von WIESER (82, S. 452) als optimal bezeichneten Form der Motivation, nämlich der primären Motivation fähig sind, ist umstritten (30, S. 194). Diese primäre Motivation beruht auf Krankheitseinsicht im Gegensatz zu der sekundären Motivation, die auf den Wunsch von Vermeidung negativer Konsequenzen beruht.
Für die Prognose wichtig ist sicher auch, inwieweit der Patient durch seine persönliche Umgebung unterstützt und unter Druck gesetzt wird, abstinent zu werden und zu bleiben. Eine Kombination von Druck und Unterstützung (constructive coercion, 72, S. 169) wirkt sich offensichtlich günstiger aus als eine unterstützende Haltung ohne Druck oder Druck ohne Unterstützung.

Angaben zur Epikrise sollen dem Leser einen Eindruck von der durchgeführten Therapie und dem Ausmaß, in dem die Patienten die therapeutischen Angebote in Anspruch genommen haben, verschaffen und bei unterschiedlicher Behandlung der Patienten mög-

liche Zusammenhänge dieser Unterschiede mit Unterschieden im Behandlungsergebnis erfaßbar machen. Die Notwendigkeit einer detaillierten Beschreibung der Therapie wird in der Literatur häufig betont (siehe z.B. 37, S. 97 ff).

Für die Feststellung, daß ein Patient erfolgreich behandelt wurde, reicht es noch nicht aus, daß er alkoholabstinent ist, weil es ja auch zu einem Wechsel des Suchtmittels oder zu einer Symptomverschiebung (allgemein zur Symptomverschiebung siehe 20) gekommen sein könnte. Wegen des möglichen Wechsels des Suchtmittels (siehe z.B. 43, S. 69 ff) muß geklärt werden, ob der Patient Abhängigkeit erzeugende Medikamente wie z.B. Analgetika, Hypnotika und Sedativa mißbraucht oder illegale Drogen konsumiert. Die Möglichkeit einer Symptomverschiebung spielt in der Alkoholismus-Therapieforschung eine große Rolle (siehe z.B. 24, S. 526 und 64, S. 59 ff). Im einzelnen wird hier berichtet über Depressionen und Angstzustände (78, S. 17 f und 64, S. 61), Spannungszustände und Aggressivität (31, S. 89), psychotische Symptome (24, S. 526, 31, S. 89, 78, S. 159 f), Beeinträchtigung durch nur mühsam und verkrampft durchgehaltene Abstinenz (70, S. 73), "Totstellreflex" und Verbrauch aller Energie zur forcierten Anpassung (85, S. 150), Abhängigkeit von den Anonymen Alkoholikern (31, S. 90 f) oder von mütterlichen Personen bei gleichzeitigem Rückzug in die soziale Isolation (85, S. 149 ff) sowie über unauffällige Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens (31, S. 89 f).

Neben Wechsel des Suchtmittels und Symptomverschiebung spielen in der Kritik an dem weit verbreiteten Vorgehen, den Behandlungserfolg lediglich vom Trinkverhalten her zu definieren (Übersicht dazu siehe 51, S. 466 ff),auch noch andere Argumente eine Rolle. Mit diesem Vorgehen werde die notwendige Besserung der zugrunde liegenden psychischen Störung nicht untersucht, Ziel der Therapie sei ja nicht nur die Beseitigung des Hauptsymptoms sondern psychische Gesundheit (37, S. 87 f), Veränderung, Reifung, Umwandlung oder Umstrukturierung der Persönlichkeit (54, S. 55 ff), die Besserung des Trinkverhaltens sei nur die Voraussetzung der angestrebten und daher bei der Erfolgsbeurteilung zu untersuchenden Veränderung der Persönlichkeit (82, S. 454). Nun ist aber diese angestrebte Veränderung der Persönlichkeit schwer faßbar (54, S. 61), bezüglich der zugrunde liegenden Störung gibt es bisher noch wenig Einigkeit (27, S. 42 ff). Außerdem ist in zahlreichen Untersuchungen eine positive Korrelation zwischen Besserung im Trinkverhalten und Besserung in verschiedenen Lebensbereichen, vor allem Familie und Beruf, gut belegt (24, S. 523 ff, 12, S. 1154 ff). Somit erscheint es doch ausreichend, die Erfolgsbeurteilung vorwiegend auf das Trinkverhalten zu stützen und andere Kriterien nur zum Ausschluß einer Verlagerung der Problematik (Symptomverschiebung, Wechsel des Suchtmittels) heranzuziehen.

Angesichts der umfangreichen Diskussion über die Möglichkeit kontrollierten mäßigen Trinkens bei

Alkoholikern (siehe z.B. 80, S. 204 ff und 56, S. 986 ff) erscheint es sinnvoll, auch diese Möglichkeit in Betracht zu ziehen. Dies wäre dann ein genausogutes Behandlungsergebnis wie Abstinenz (30, S. 150), auch wenn in der untersuchten Therapie Abstinenz angestrebt wird. Der Einwand, wenn in der Therapie Abstinenz angestrebt werde, sei alles andere als Mißerfolg zu werten, ist deswegen nicht stichhaltig, weil die Abstinenz ja nicht als eigentliches Ziel sondern als Mittel zur Beendigung des übermäßigen und abhängigen Trinkens angestrebt wird, so daß eine Beendigung dieses übermäßigen abhängigen Trinkens, die entgegen der Konzeption des Therapieprogramms via kontrolliertes Trinken anstatt via Abstinenz erfolgen würde, nicht als Mißerfolg zu werten wäre (vgl. 11, S. 461).

Nun ist mäßiges kontrolliertes Trinken mit Vorsicht zu konstatieren, es ist damit zu rechnen, daß rückfällige Alkoholiker ihr Trinken bagatellisierend so einstufen. Voraussetzungen für die Einstufung eines Patienten als kontrolliert und mäßig trinkend müssen sein, daß er keinen Kontrollverlust hatte, keinen Anhalt für körperliche Abhängigkeit bietet, keine Alkoholexzesse und keinen hohen kontinuierlichen Alkoholkonsum aufweist die Alkoholwirkung nicht durch Pharmaka verstärkt, keine Probleme durch seinen Alkoholkonsum hat und seit einer angemessenen Zeit ohne Tendenz zur Steigerung der Alkoholmenge trinkt. Ein Kontrollverlust kann dann ausgeschlossen werden, wenn der

Patient niemals Schwierigkeiten hat, nach zwei bis drei Flaschen Bier bzw. Viertel Wein bzw. Gläschen Schnaps mit dem Trinken aufzuhören (ähnlich 75, S. 599 und 50, S. 637); bei Fragen nach Kontrollverlust ist mit besonders starken Verfälschungstendenzen von Seiten des Patienten zu rechnen, einerseits wegen der Schwierigkeit einzugestehen, sich nicht beherrschen zu können (49, S. 120 f), andererseits wegen der Brauchbarkeit des Kontrollverlustes zur Exkulpierung (44, S. 156). Körperliche Abhängigkeit ist dann auszuschliessen, wenn kein Alkoholkonsum vor dem Frühstück stattfindet, der Patient kein Delir hatte und keine unter Alkohol verschwindenden Beschwerden wie Tremor, Unwohlsein, Unruhe, Spannung und Unbehaglichkeit bei über acht Stunden Alkoholkarenz beobachtet hat (50, S. 637). Die Festlegung der Grenze zwischen normalem Alkoholkonsum und Alkoholexzeß bzw. zu hohem kontinuierlichem Alkoholkonsum muß beim derzeitigen Stand der Diskussion noch etwas willkürlich ausfallen. WIESER (83, S. 66) spricht ab 100 ccm (d.h. 79 g) Alkohol täglich von exzessivem Trinken, die vom ihm beschriebene Gruppe der mäßig Trinkenden trinkt durchschnittlich ca. 37 g Alkohol pro Tag. Ansonsten schwanken die Angaben in der Literatur über die Obergrenze des normalen Alkoholkonsums erheblich, THALER (76, S. 6580 ff) nennt bei Frauen 20, bei Männern 60 g. Zwei oder drei Flaschen Bier oder Wein pro Tag werden häufig als Obergrenze des normalen Trinkens angegeben (30, S. 172 und 7, S. 306). Mit diesem

Limit ist das Überschreiten eines leichten Rausches nach FEUERLEIN (27, S. 75) ausgeschlossen. Bei einer möglichen Verstärkung der Alkoholwirkung durch Pharmaka ist zu denken an Sedativa, Hypnotika, Antihistaminika, Opiate, Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer (74, S. III, 59 f). Probleme durch den Alkoholkonsum wie Blach outs, Tätlichkeiten, Schwierigkeiten mit Polizei oder Justiz in Zusammenhang mit Alkohol, Schwierigkeiten mit Angehörigen und Bekannten oder bei der Arbeit im Zusammenhang mit dem Trinken sind weitere Kriterien unangemessenen Alkoholkonsums (z.B. infolge der Toleranzerniedrigung Komplikationen schon bei normalerweise noch verträglichen Alkoholmengen als Anhaltspunkt für Dissimulationstendenzen bei den Angaben zum Alkoholkonsum), ähnliche Kriterien finden sich in der Literatur (30, S. 172, 66, S. 613). Kontrolliertes mäßiges Trinken kann auch nur dann angenommen werden, wenn der Patient schon eine angemessene Zeit ohne Tendenz zur Dosissteigerung trinkt, es könnte sich sonst um ein langsam beginnendes Rezidiv handeln. Angaben über die Dauer eines solchen Rezidivverlaufes bis zum Beginn des erneuten exzessiven Trinkens liegen zwischen wenigen Wochen und wenigen Monaten (73, S. 323, 34, S. 367). Bei Angaben über längere Verläufe (z.B. 63 Monate, 85, S. 147) erscheint es angesichts dieser langen Dauer fraglich, ob die Interpretation als protrahierter Rückfall sinnvoll ist, und ob es nicht angemessener wäre, von einem Rückfall

nach längerfristigem kontrollierten Trinken zu sprechen (so 4, S. 85 ff).

Eine Kategorie unterhalb des vollen Therapieerfolges wird in der Literatur vielfach durch ein bis drei Rezidive abgegrenzt (siehe u.a. 23, S. 43 f). Über die Dauer dieser Rückfälle fehlen meist konkrete Angaben, ansonsten liegen sie meist zwischen 24 Stunden (53, S. 190) und einer Woche (69, S. 1023).

Auch bei nach wie vor pathologischem Trinken wird in der Literatur vielfach eine Kategorie eingeführt, bei der es trotzdem zu einer gewissen Besserung gekommen ist. Diese Besserung wird im allgemeinen definiert nach Trinkmenge (78, S. 17), Häufigkeit des Trinkens (44, S. 164), Dauer der Trinkexzesse (ebenda und 33, S. 143 f) sowie der Folgen des Trinkens (45, S. 35). Hierbei ist die Verwendung mehrerer einander ergänzender Kriterien erforderlich, z.B. wäre eine Reduzierung der Trinkmenge alleine noch keine Besserung (84, S. 482), sie könnte auch auf einer erniedrigten Alkoholtoleranz beruhen (10, S. 1495), die Folgen des Trinkens sind z.T. von der Toleranz der Umgebung abhängig (59, S. 568). Mit der Feststellung einer Besserung trotz nach wie vor pathologischem Trinken können die Patienten erfaßt werden, deren Erkrankung nach der Kur einen milderen Verlauf genommen hat (vgl. 44, S. 164).

Ein Ausschluß der Patienten, die bei der Nachuntersuchung nicht erreicht werden, aus der Untersuchung könnte die Ergebnisse verfälschen, es gibt Untersuchungen, nach denen der Zustand dieser Patienten im allgemeinen schlechter ist als bei den Patienten, die erreicht werden können (58, S. 473 ff und 79, S. 37 f). Bei unzureichenden Informationen kann eine Einstufung in die Gruppe der erfolgreich Behandelten nicht erfolgen (so auch 30, S. 238).

Als voll befriedigendes Behandlungsergebnis kann nur gelten, wenn ein Patient seit der stationären Behandlung alkoholabstinent war oder maximal einen kurzfristigen Rückfall, der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eindeutig abgeschlossen ist, hatte, ohne daß er Zeichen von Suchtverlagerung oder Symptomverschiebung bietet. Bei abstinenten bzw. einmalig kurzfristig rückfälligen Patienten, die eine Symptomverschiebung, aber keine neue Sucht entwickelt haben, ist das Behandlungsergebnis nicht voll befriedigend, es ist aber auch nicht als Mißerfolg zu werten. Die hier bestehende Verlagerung der Problematik bedeutet angesichts der deletären Konsequenzen des Alkoholismus (siehe z.B. 27, S. 72 ff) eine gewisse Besserung, vor allem aber wird die psychische Störung, die im Falle einer Symptomverschiebung als deren und des Alkoholismus Voraussetzung zu betrachten ist, erst unter der dann erreichten Abstinenz einer Behandlung zugängig (11, S. 461, 57, S.

105 ff).

Während der Katamnesendauer verstorbene Patienten sollten nur dann aus der Untersuchung herausgenommen werden, wenn sie inzwischen nicht rückfällig waren und nicht durch Suizid verstorben sind. Im Gegensatz zu KENDELL und STATON (45, S. 34 f) und EMRICK (23, S. 24) wird bei den vor ihrem Tode Rückfälligen darauf verzichtet, eine Unterscheidung zwischen alkoholbezogenen und nicht alkoholbezogenen Todesursachen vorzunehmen, da Alkoholismus bei der Lebenserwartung nicht nur die Rolle einer spezifischen Todesursache spielt, sondern infolge einer Verminderung der Widerstandsfähigkeit verschiedener Organsysteme die eines Risikofaktors von sehr vielen Todesursachen (27, S. 73), so daß eine solche Unterscheidung ohne präzise Abklärung der Todesursache irreführend wäre. Bei verstorbenen rückfälligen Patienten läßt sich auch nicht sagen, ob die betreffenden Patienten den Rückfall überwunden hätten, wenn sie überlebt hätten. Auch der Tod durch Suizid muß als Kriterium einer erfolglosen Therapie betrachtet werden.

Aufgrund der umstrittenen Validität von Angaben der Patienten zu ihrem Trinkverhalten (siehe oben) sind zusätzliche Informationen durch Angehörige, Hausärzte usw. wünschenswert, wobei diese fremdanamnestischen Angaben natürlich nicht als die objektiv richtigen betrachtet werden können. Auch die Situation beim Interview kann eine Rolle spielen (die Anwesenheit von Angehörigen kann

Patienten vom Leugnen abhalten, die Anwesenheit von Patienten kann Angehörige von Angaben über Rückfälle abhalten, ein Intervall zwischen Interview mit Patient und mit Angehörigen kann vom Patienten zur Beeinflußung des Angehörigen genutzt werden usw.).
Daraus ergibt sich, daß entweder bei allen Interviews eine einheitliche Situation geschaffen werden muß oder, wo dies nicht möglich ist, die Situation im einzelnen dargestellt werden muß.

4. Durchführung der Untersuchung:

4.1. Allgemeines zum Vorgehen:

Die gleichzeitige Behandlung und Untersuchung einer Kontrollgruppe mit unspezifischer Therapie oder einer Vergleichsgruppe mit einer anderen Therapie war auf der Suchtstation aus praktischen Gründen nicht möglich. Ein aussagekräftiger Vergleich mit den Ergebnissen anderer Institutionen war deswegen nicht möglich, weil eine Zuteilung von Patienten zur Suchtstation und zu anderen Institutionen nach den Regeln statistischer Testmethoden nicht möglich war (Entfernung der Institution vom Wohnort der Patienten, unterschiedliche Akzeptabilität wegen unterschiedlicher Therapiedauer und anderes mehr). Ebenfalls aus praktischen Gründen mußte diese Untersuchung retrospektiv angelegt werden, daher ist ein genauer Vergleich der Symptomatik vor und nach der Behandlung auf der Suchtstation nicht möglich. Immerhin kann aber davon ausgegangen werden, daß bei den untersuchten Patienten, die sich dieser Behandlung ja freiwillig unterzogen haben, vor der Behanldung Alkoholabhängigkeit oder erheblicher Alkoholabusus vorgelegen hatte, so daß in diesem Punkt eine Veränderung festgestellt werden kann. Unser Interesse bei dieser Untersuchung war, die Effizienz der Therapie auf der Suchtstation zu überprüfen und, soweit unter diesen Bedingungen möglich, diese Effizienz mit der anderer Institutionen zu vergleichen und Anhaltspunkte

zur Weiterentwicklung unseres Therapiemodells zu gewinnen. Daher halten wir im Gegensatz zu ANTONS und SCHULZ (3, S. 142), die sich von derartigen Untersuchungen keine neuen Einsichten mehr versprechen und sich für einen Verzicht darauf aussprechen, diese Untersuchung als Pilotstudie für eine Reihe von derzeit anlaufenden Untersuchungen durchaus für sinnvoll.
Als Anhaltspunkte für einen grob abschätzenden Vergleich mit den Ergebnissen anderer Institutionen (Unmöglichkeit eines exakten Vergleichs unter den vorliegenden Bedingungen siehe oben) geben wir Merkmale unserer Patienten, die im Vergleich mit anderen Publikationen zwischen gängigen Minimalforderungen und teilweise publizierten extrem ausführlichen Darstellungen eine mittlere Position einnehmen, an.

Als Stichprobe ausgewählt wurden alle Patienten, die in den Monaten Januar bis März und Juni bis September 1976 auf der Suchtstation aufgenommen wurden. Ausgenommen von allen in diesem Zeitraum aufgenommenen Patienten wurden diejenigen Patienten, die zur kurzfristigen Rückfallbehandlung oder zum körperlichen Entzug bei Drogenabhängigkeit aufgenommen wurden, ebenso alle Medikamentenabhängigen und diejenigen Mehrfachabhängigen, bei denen diagnostisch nicht die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stand. Nachträglich ausgeschlossen wurden ein Patient, der acht Monate nach Beendigung der stationären Therapie an einem Hypopharynx-Karzinom verstorben und nach Angaben der Angehörigen

vorher nicht rückfällig geworden war, sowie ein Patient, der am zweiten Tag der stationären Behandlung als unnötig eingewiesen entlassen worden war. Therapieabbrecher und disziplinarisch Entlassene wurden nicht aus der Untersuchung ausgeschieden. Auch Patienten, deren Therapie im Einvernehmen vorzeitig beendet wurde, wurden nicht ausgeschieden, die Einvernehmlichkeit der vorzeitigen Beendigung impliziert, daß sie mit den Therapiezielen vereinbar ist, somit impliziert sie auch den Anspruch auf Therapieerfolg.
Die Auswahl der oben genannten Auswahlmonate erfolgte so, daß die Zeit vor und nach der Verlängerung der ambulanten Gruppentherapie auf ein Jahr erfaßt wird, und daß die ersten Wochen der Arbeit von zwei neuen Stationsärzten, die im Frühjahr 1976 eintraten, ausgespart werden. Inwieweit damit eine Auswahl erfolgt ist, die für die gesamten Patienten dieses Jahres repräsentativ ist, läßt sich anhand der vorliegenden Daten nicht entscheiden, denkbar wäre eine Selektion durch jahreszeitlich variierende Behandlungsmotivation und -möglichkeit verschiedener Patientengruppen, z.B. infolge saisonal wechselnder Arbeitsbelastung in der Landwirtschaft oder infolge jahreszeitlich gehäufter affektiver Störungen.

Ursprünglich war geplant gewesen, die katamnestische Untersuchung ein Jahr nach Beendigung der ambulanten Weiterbehandlung durchzuführen. Zu dieser Zeit war aber die Dauer der ambulanten Weiterbehandlung noch sehr uneinheitlich, sie schwankte zwischen

etwa einem halben und etwa eineinhalb Jahren. Da der wesentlichste Einschnitt für den Beginn der größten Rückfallgefahr aber die Beendigung der stationären Behandlung ist, wurde die Katamnesendauer entsprechend dem Abstand zur Beendigung der stationären Behandlung definiert, sie wurde auf mindestens zwei Jahre nach Abschluß des stationären Aufenthaltes festgelegt. Der tatsächliche Untersuchungstermin lag aufgrund von zweckmäßiger Planung der Anfahrt, Verzögerungen dadurch, daß die Patienten zunächst nicht erreichbar waren und dergleichen zwischen diesem Minimum und drei Jahren nach der stationären Therapie, im allgemeinen zwischen dem Minimum und zweieinhalb Jahren.
Der Abstand vom regulären Ende der ambulanten Therapie lag dabei zwischen einem knappen Jahr und zweieinhalb Jahren. Anhaltspunkte zur Frage der Angemessenheit der hier gewählten Katamnesendauer sind zu erwarten von der derzeit kurz vor dem Abschluß sich befindenden Nachuntersuchung von LIPP (48), der die hier untersuchten Patienten im Rahmen einer Fünf-Jahres-Katamnese noch einmal untersucht hat.

4.2. Operationale Definitionen der Variablen:

Bei jeder der folgenden Definitionen wird angegeben, ob die jeweilige Information aus den verschiedenen Krankenblattunterlagen der Klinik (= Akten), oder aus dem Interview (= Interview), mit dem Patienten, mit den Angehörigen oder Sonstigen stammt.

A. Patienten-Variablen:

A 1. Alter:
Vollendete Lebensjahre bei der Aufnahme auf der Suchtstation (Akten)

A 2. Geschlecht (Akten)

A 3. Familienstand:
Verheiratet, ledig, verwitwet, geschieden (Akten)

A 4. Wohngemeinschaft:
Mit Ehepartner, (Folgende ohne Ehepartner) mit Eltern, mit Sonstigen, allein wohnend (Akten)

A 5. Nationalität:
Deutsch, nicht deutsch (Akten)

A 6. Geburtsort:
In Baden-Württemberg, BRD und West-Berlin ohne Baden-Württemberg, innerhalb der deutschen Grenzen von 1937 ohne BRD und West-Berlin, außerhalb der deutschen Grenzen von 1937 (Akten)

A 7. Schulbildung:
Hochschulabschluß, Abitur, Mittlere Reife, Höhere Schule ohne Abschluß, Hauptschulabschluß, nichts davon (Akten)

A 8. Alkohol-Risikoberuf:
Nein, ungelernte Tätigkeit, spezieller Risikoberuf (Land- und Forstwirtschaft, Alkoholproduktion und -vertrieb, Bau, Transport, Durstberufe wie Heizer, Arbeiter am Hochofen u. dgl., Kontaktberufe) (Akten)

A 9. Beruflicher Abstieg:
Nein, ja (von mir aufgrund der Angaben zur beruflichen Anamnese in den Akten eingestuft)

A 10. Arbeitslosigkeit:
Nein, drohend (Anhaltspunkte für akute Gefahr des Verlustes des Arbeitsplatzes für mich in den Akten ersichtlich), ja (Akten)

A 11. Berufliche Beeinträchtigung:
Nein, ja (von mir aufgrund der Akten eingestuft, z.B. aufgrund der Angaben von Leistungsminderung, Nachlässigkeit, Ausfällen)

A 12. Sonstige ungünstige ökonomische Umstände:
Nein, ja (von mir aufgrund der Akten eingestuft, z.B. aufgrund von Angaben über hohe Schulden, Minderung der Erwerbsfähigkeit).

A 13. Führerscheinentzug:
Nein, ja (Akten)

A 14. Vorstrafen:
Nein, ja (Akten)

A 15. Alter bei Beginn des Alkoholismus:
Entsprechend dem Zeitpunkt, auf den in den Akten das früheste der folgenden Symptome

datiert ist: Warnungen aus der Umgebung, Kontrollverlust, morgendliches Zittern, Toleranzverlust, Beginn des übermäßigen Trinkens, Gefühl, Alkohol unbedingt zu brauchen, Gedächtnislücken, Entzugserscheinungen . Wegen der Ungenauigkeit solcher Angaben und des häufig unvollständigen und chronologisch atypischen Auftretens dieser Symptome wird auf eine Einordnung in Alkoholismusphasen verzichtet und eine Einbeziehung der präalkoholischen Phase nach JELLINEK in Kauf genommen.

A 16. Kriterium für Beginn des Alkoholismus:
Das Symptom, das bei A 15. als Kriterium verwendet wurde (Akten).

A 17. Dauer des Alkoholismus:
Entsprechend A 15 in Jahren (Akten).

A 18. Bevorzugtes Getränk:
Bier, Wein, Most und dergleichen (als leichte Alkoholika), unklar, Spirituosen (Akten)

A 19. Alkoholkonsum kontinuierlich:
Nein, ja (täglich und über den Tag verteilt) (Akten)

A 20. Trinksituation:
Vorwiegend gesellig, unklar, vorwiegend alleine (Akten)

A 21: Alkoholismustyp:
Gamma-, Delta- und Gamma-Delta-Mischtyp, Sonstige und Unklassifizierte nach JELLINEK (42, S. 35 ff), entsprechend der Einstufung der behandelnden Ärzte in den Akten

A 22. - A 25. Morgendliches Zittern, Kontrollverlust, Delir, Toleranzverlust (Akten)

A 26. Vorbehandlung:
Keine, abgeschlossene Entziehungskur, abgebrochene Entziehungskur, mehrere Entziehungskuren, sonstige stationäre Behandlung wegen Alkoholismus inklusive der Komplikationen des Alkoholismus (sofern keine der o.g. Behandlungen) (Akten)

A 27. Sonstige psychiatrische Hospitalisation:
Nein, ja (Akten)

A 28. Mehrfachabhängigkeit:
Nein, ja (Akten). Mehrfachabhängige, bei denen nicht Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stand, wurden nicht untersucht, eine bejahende Antwort hier bedeutet also nur eine zusätzliche, nach den Akten weniger relevant erscheinende Abhängigkeit.

A 29. Bereitschaft zur lebenslangen Abstinenz:
Nein, ja (zum Zeitpunkt der Erhebung der Sozialanamnesen, also im allgemeinen in der ersten Hälfte, aber nicht in den ersten Tagen der stationären Behandlung; die Patienten wurden hier gefragt, ob sie lebenslange Abstinenz, mäßiges Trinken oder gelegentliches Trinken bei besonderen Anlässen anstrebten, nachdem ihnen während der Behandlung schon verdeutlicht worden war, daß lebenslange Abstinenz erforderlich sein würde) (Akten)

A 30. Erheblicher äußerer Druck:
Nein, familiär, beruflich, sonstiges (Einstufung durch mich nach Angaben in den Akten, z.B. aufgrund der Angabe von Druck oder Drohung bei der Frage nach dem aktuellen Aufnahmegrund oder bei akuten Scheidungs- oder Entlassungsdrohungen in den Akten).

A 31. Verhältnis familiärer Druck/ familiäre Unterstützung:
Hier werden bei Variable A 30. Ausprägung "familiär" und Variable B 10.(Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe: Nie, ein- bis zweimal, drei- bis viermal) kombiniert. Die verschiedenen Kombinationen: Familiärer Druck und häufige, seltenere und fehlende Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe und fehlender familiärer Druck und häufige, seltenere und fehlende Teilnahme von Angehörigen an den Angehörigengruppe werden dargestellt als mögliche Kombinationen von Druck und Unterstützung von Seiten der Familie. Die Häufigkeit der Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe dient hier als Indikator für das Maß der Unterstützung des Patienten durch die Familie (Akten; Interview).

A 32. Primäre Motivation:
Nein, ja (nach meinem Urteil aufgrund der Angaben in den Akten über den Entschluß zur Therapie).

A 33. Aufnahmeanlaß:
Aufenthalt in der UNK, Aufenthalt in anderer Klinik, sonstiger ärztlicher Rat, Druck, Sonstiges (Akten)

A 34. Anreise zur ambulanten Therapie:
Mit Auto (Patient fährt selbst), mit Mitpatienten, mit Sonstigen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln, zu Fuß, verschieden (Interview)

A 35. Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie:
Keine, wenig gravierende, gravierende (von mir nach Angaben von Patient und Angehörigen im Interview eingestuft, gravierende Hindernisse z.B. angenommen bei sehr ungünstigen Verkehrsbedingungen und erheblicher Überschneidung mit der Arbeitszeit)

A 36. Entfernung des Wohnorts von der UNK:
Luftlinie in Kilometern bei Therapieantritt (Akten)

B. Therapievariablen:

B 1. Vollständigkeit der stationären Behandlung:
Ja, einvernehmliche Verkürzung, eigenmächtiger Abbruch, disziplinarische Entlassung (Akten)

B 2. Stationäre Gruppe:
Patientengruppe, die zusammen die stationäre Therapie gemacht hat, entsprechend der Reihenfolge des Therapiebeginns (Akten)

B 3. Zusammenfassung der stationären Gruppen:
Entsprechend B 2. Gruppen 1-4 und Gruppen 5 - 8 (Akten)

B 4. Komplikationen:
Nein, ja (Delir, cerebrale Anfälle und dergleichen während der stationären Therapie) (Akten)

B 5. Distraneurin-Medikation:
Nein, ja (wegen deutlicher deliranter oder prädeliranter Symptome während der stationären Therapie) (Akten)

B 6. Andere Psychopharmaka:
Nein, ja (andere Psychopharmaka als Distraneurin während der stationären Therapie) (Akten)

B 7. Rückfall während der stationären Behandlung:
Nein, ja (Akten)

B 8. Sonstige Probleme:
Nein, ja (disziplinarische Schwierigkeiten und dergleichen während der stationären Therapie) (Akten)

B 9. Anzahl der bejahenden Antworten bei Variable B 4. - B. 8:

Summe der oben genannten Auffälligkeiten (Komplikationen, Distraneurin-Medikation, andere Psychopharmaka, Rückfall und sonstige Probleme) während der stationären Behandlung als Anhalt für die Schwere der Problematik (Akten)

B 10. Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe:
Nie, ein- bis zweimal, drei- bis viermal (Interview)

B 11. Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Gruppenzugehörigkeit:
Nein, ja (Abweichung vom Prinzip der Identität von stationärer und ambulanter Gruppe)

Bei den ambulanten Patienten werden hier 88 Patienten erfaßt. Bei den übrigen Patienten war von vorneherein keine ambulante Weiterbehandlung vereinbart gewesen (wegen zu großer Entfernung ambulante Behandlung in anderen Gruppen vereinbart; wegen Abbruch der stationären Behandlung keine ambulante Behandlung vereinbart). Zwischen den verschiedenen Variablen ergeben sich Inkonsistenzen, da bei Auflösung von Gruppen teilweise Patienten in andere Gruppen aufgenommen wurden und damit zu einer längeren ambulanten Therapie kamen.

B 12. Ambulante Gruppe:
Gruppe 1 - 8 (Akten)

B 13. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend ihrer Zusammenlegung untereinander:
1,2,3,4 und 8,5,6 und 7 (Nach Einteilung von B 12, 4 und 8 und 6 und 7 wurden zusammengelegt) (Akten).

B 14. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend der Zeit des Beginns:
Gruppen 1 - 4, Gruppen 5 - 8, vor beziehungsweise nach Beginn der Vereinbarung einer ambulanten Mindestdauer von einem Jahr (Akten)

B 15. Konstituierung der ambulanten Gruppen:
Neu begonnen, später durch neue Patienten aufgefüllt; in bestehende Gruppe aufgenommen, später nicht aufgefüllt; ebenso, aber später ein Patient neu aufgenommen; ebenso aber später mehr als einen Patienten neu aufgenommen (Akten)

B 16. Zahl der obligatorischen Sitzungen:
Im ersten der untersuchten Zeiträume dauerte die obligatorische Behandlung ein halbes Jahr, im zweiten ein ganzes Jahr, je nach Wochentag der Gruppensitzung und Lage der Feiertage und dergleichen ergaben sich daraus unterschiedlich viele Sitzungen (Akten)

B 17. Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen:
Da die meisten Gruppen sich länger trafen als obligatorisch gewesen wäre, eine geringere Zahl der Gruppen kürzer und teilweise Sitzungen wegen mangelhafter Beteiligung ausfielen, ergab sich eine unterschiedliche Zahl von tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (Akten)

B 18. Teilnahme an der ambulanten Gruppe:
Die Sitzungen werden erfaßt bis Sitzung Nr. 55, der höchsten Sitzungszahl aller

Gruppen. Bei jeder Nummer einer Gruppensitzung wird die Zahl der Anwesenden, der entschuldigt fehlenden und der unentschuldigt fehlenden Patienten aufgeführt. Als entschuldigt fehlend werden auch die Patienten aufgeführt, bei denen eine ambulante Behandlung in einer Gruppe außerhalb der UNK vereinbart war, ebenso die Patienten, die in den letzten drei Sitzungen ihrer Gruppe vor deren Auflösung wegen mangelhafter Beteiligung anwesend gewesen waren, für den Rest der obligatorischen Sitzungen, ebenso eine Patientin, die in eine ambulante Gruppe übergewechselt war, über die sich keine Aufzeichnungen fanden. Aus der unterschiedlichen Häufigkeit der Sitzungen der verschiedenen Gruppen ergibt sich bis Sitzung Nr. 42 eine Gesamtzahl von 88 Teilnehmern, dann bis Sitzung Nr. 47 von 87, dann 86, 74, 69, 43 und 19 Teilnehmer, dann bis Sitzung 55 16 Teilnehmer (Akten)

B 19. Zahl der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat (Akten)

B 20. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat (Akten)

B 21. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat (Akten)

B 22. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat (B 19.), an der Zahl der obligatorischen Sitzungen

(B 16.):
Bis ein Viertel, darüber bis die Hälfte, darüber bis Dreiviertel, darüber bis Gesamtzahl, darüber (Akten)

B 23. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat (B 20.), an der Zahl der obligatorischen Sitzungen (B 16.):
Analog B 22. (Akten)

B 24. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat (B 21.),an der Zahl der obligatorischen Sitzungen (B 16.):
Analog B 22. (Akten)

B 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat (B 19.),an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.):
Bis ein Viertel, darüber bis die Hälfte, darüber bis Dreiviertel, darüber (Akten)

B 26. Anteil der ambulanten Sitzungen,bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat (B 20.) an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.):
Analog B 25. (Akten)

B 27. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat (B 21.), an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.):
Analog B 25. (Akten)

B 28. - B 31. Beteiligungsscores:
Wegen der unterschiedlichen Zahl der ambulanten Sitzungen der verschiedenen Gruppen

werden zum Vergleich der Beteiligung während der unterschiedlichen Abschnitte der ambulanten Therapie aus jeder Gruppe herausgegriffen die ersten sechs ambulanten Sitzungen (B 28.), die letzten sechs ambulanten Sitzungen vor der Mitte der obligatorischen ambulanten Behandlungsdauer (B 29.), die letzten sechs ambulanten Sitzungen vor Dreiviertel der obligatorischen Behandlungsdauer (B 30.) sowie die letzten sechs tatsächlich abgehaltenen ambulanten Sitzungen (B 31.). Dabei wird eine Summe gebildet aus anwesend = 1, entschuldigt fehlend = 2, unentschuldigt fehlend = 3, der Mittelwert aller Patienten wird gebildet, d.h. regelmäßige Teilnahme aller Mitglieder der Gruppe gibt die Summe = 6, regelmäßiges unentschuldigtes Fehlen aller Mitglieder = 18. Als gute Beteiligung bei der jeweiligen Gruppe werden nun 6 - 7 Punkte definiert, als mäßige Beteiligung 8 - 9 Punkte, als schlechte Beteiligung 10 - 17 Punkte und als keine Beteiligung 18 Punkte (Akten).

B 32. Beteiligungsprofil:
Aneinanderreihung der Scores der vorangegangenen vier Variablen: B 28., B 29., B 30., B 31. (Akten). Damit soll der zeitliche Verlauf der Beteiligung der verschiedenen Patienten an der ambulanten Weiterbehandlung charakterisiert werden.

B 33. Antabus:
Nicht verordnet, nicht eingenommen; ver-

ordnet, aber nicht eingenommen; nur im ersten Quartal nach der Kur eingenommen; sonst nach der Kur eingenommen (Interview)

B 34. Kontakt mit der Suchtstation nach der Kur: Außerhalb der ambulanten Gruppentherapie und außer Wiederaufnahme nach Rückfall, z.B. bei Konsultationen, Antabus-Medikation, sonstigen Besuchen:
Nein, ja (Interview)

B 35. Kontakt mit Mitpatienten nach der Kur: Außerhalb der ambulanten Gruppentherapie, nein, ein- bis fünfmal, häufiger (Interview)

B 36. Fortsetzung der ambulanten Gruppentherapie für mindestens einen Monat nach dem ersten Rückfall:
Nein, ja, entfällt, kein Rückfall (Interview)

B 37. Wiederaufnahme auf der Suchtstation nach Rückfall:
Nein, einmal, mehrfach, entfällt, kein Rückfall (Akten)

B 38. Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach der Kur außerhalb der Suchtstation (ohne Entziehungskuren):
Nein, ambulant, stationär (inklusive ambulant und stationär) (Interview)

B 39. Andere ambulante Alkoholiker-Betreuung nach der Kur (Suchtberatungsstellen, Anonyme Alkoholiker, andere Alkoholiker-Selbsthilfegruppen und dergleichen):
Nein, geringfügig, intensiv (Einstufung durch mich nach Angaben im Interview).

C. Katamnestische Variablen:

C 1. Konsum anderer Suchtmittel nach der Kur:
Nein, Abhängigkeit erzeugende Medikamente in therapeutischer Dosis (entsprechend den üblichen Dosierungsgepflogenheiten), Abhängigkeit erzeugende Medikamente in höherer Dosis, illegale Drogen (Interview). Jeweils ungünstigste Angabe von Patient, Angehörigem oder sonstigem Informanten wurde verwertet .

C 2. Symptomverschiebung somatisch:
Seit Behandlung auf der Suchstation neu oder wesentlich verstärkt aufgetretene körperliche Beschwerden oder Erkrankungen, die von der Art der Erkrankung und vom Verlauf her als psychogen betrachtet werden können (Interview,Patient oder Angehöriger)

C 3. Symptomverschiebung psychisch:
Seit der Behandlung auf der Suchtstation neu oder deutlich verstärkt aufgetretene psychische Auffälligkeit, von mir mit mehreren Fragen in teils strukturiertem, teils halbstrukturiertem Teil des Interviews angesprochen (Interview, Patient und Angehörige)

C 4. Symptomverschiebung somatisch und/oder psychisch:
Zusammenfassung von C 2. und C 3. (Interview)

C 5. Sonstige Verschlechterung:
Nein, ja. Von mir eingestuft nach Angaben

von Patient und Angehörigen in einem kurzen, teils halbstrukturierten, teils strukturierten Interview zur Entwicklung bezüglich Familie, Arbeit, soziale Kontakte und psychischem Wohlbefinden als Anhalt für eventuelle Verschlechterung des psychischen und sozialen Empfindens unterhalb des unter "Symptomverschiebung" Faßbaren (Interview).

C 6. Zeitpunkt des ersten Rückfalls:
Zeitpunkt des ersten Konsums alkoholischer Getränke nach Beendigung der stationären Behandlung auf der Suchtstation, ausgenommen Alkoholkonsum, der als "kontrolliertes Trinken" gewertet wird, bei Widersprüchen zwischen Patient und Angehörigen wird der frühere Zeitpunkt gewählt (Interview).

C 7. Verhältnis erster Rückfall/ambulante Therapie:
Zeitpunkt des ersten Rückfalls nach C 6. während oder in einer bestimmten Zeit nach Beendigung der ambulanten Therapie (Interview, Akten).

C 8. Ausmaß der Rückfälligkeit:
Kein Rückfall, ein Rückfall maximal ein Tag, ein Rückfall maximal ein Monat, mehr und/oder längere Rückfälle, aber seit mindestens sechs Monaten abstinent, zur Zeit trinkend. Ein Rückfall wird nur als beendet betrachtet, wenn seit der letzten Zufuhr mindestens vier Wochen vergangen sind, da kurzfristige Abstinenzperioden auch im Verlauf des Alko-

holismus vorkommen; bei kürzer zurückliegender letzter Alkoholzufuhr wird der Patient als zur Zeit trinkend eingestuft, ebenso wenn mehr als ein Rückfall oder ein über einen Monat dauernder Rückfall nicht mindestens sechs Monate zurückliegen.
Bei Widersprüchen zwischen Angaben von Patient und Angehörigen werden die ungünstigeren Angaben gewertet (Interview)

C 9. Alkoholmenge:
Im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung viel weniger, etwas weniger, gleich viel, etwas mehr, viel mehr:
Bei zur Zeit trinkenden Patienten, jeweils ungünstigere Angabe von Patient oder Angehörigem wird gewertet (Interview).

C 10. Probleme im Zusammenhang mit Alkohol:
Im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung viel weniger, etwas weniger, gleich viel, etwas mehr, viel mehr, Wertung wie C 9. (Interview).

C 11. Häufigkeit der Trinkepisoden:
Im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung, Einteilung und Bewertung wie C 9. (Interview).

C 12. Führerscheinentzug seit der stationären Behandlung:
Nein, ja (Wertung nach jeweils ungünstigerer Angabe von Patient oder Angehörigem, Interview)

C 13. Sonstige rechtliche Probleme im Zusammenhang mit Alkohol:

Einteilung und Bewertung wie C 12.
(Interview)

C 14. Leugnung bezüglich Alkohol:
Nein, ja, Patient behauptet Abstinenz seit Beendigung der stationären Behandlung, nach anderen Informationen betrachte ich dies als nicht glaubwürdig (Interview).

C 15. Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Patienten:
Abstinent (kein Konsum alkoholischer Getränke vom Abschluß des stationären Aufenthaltes bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung), abstinen nach leichtem Rückfall (ein Rückfall von maximal einem Monat Dauer), abstinent nach schwerem Rückfall (mehrere Rückfälle oder Rückfall von über einem Monat Dauer, aber seit mindestens sechs Monaten abstinent), trinkend aber gebessert (viel weniger und viel seltener trinkend als vor der stationären Behandlung und viel weniger Probleme dadurch, vergleiche C 9., C 10. und C 11.), kein Führerscheinentzug und keine sonstigen rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit dem Alkohol seit der stationären Behandlung (vergleiche C 12. und C 13.), trinkend, nicht gebessert (bezüglich Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums sowie der daraus resultierenden Probleme keine Besserung, aber auch keine Verschlechterung (vergleiche C 9., C 10., C 11.), kein Führerscheinentzug und keine sonstigen rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit dem Trinken seit der statio-

nären Behandlung (vergleiche C 12. und C 13.)), trinkend verschlechtert (übrige Patienten) (Interview mit Patient).

C 16. Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Kollateralinformanten:
Analog zu C 15. nach Angaben von Angehörigen oder sonstigen Informanten.

C 17. Bereitschaft zur späteren weiteren Alkoholismustherapie:
Schon vor Behandlung auf der Suchtstation dazu bereit, vor der Behandlung auf der Suchtstation nicht bereit, bei Patienten mit späterer weiterer Alkoholismustherapie im Interview erfragt (Interview).

C 18. Bereitschaft zur späteren weiteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformant:
Einteilung wie C 17., bei Patienten mit späterer weiterer Alkoholismustherapie vom Kollateralinformanten erfragt (Interview).

C 19. Empfehlung einer Langzeittherapie vor der Behandlung auf der Suchtstation:
Nein, ja; ja, schon geplant; ja, schon fest vereinbart, Suchtstation nur zur Überbrükkung; bei Patienten mit späterer weiterer Alkoholismustherapie im Interview erfragt zur Klärung, ob die Indikation zu einer weiteren, im allgemeinen längerfristigen, Alkoholismustherapie schon vor der Behandlung auf der Suchtstation gestellt wurde (Interview).

C 20. Empfehlung einer weiteren Alkoholismustherapie vor der Therapie auf der Suchtstation laut Kollateralinformanten:

Einteilung wie C 19., Angaben des Kollateralinformanten (Interview).

C 21. Mitwirkung der Universitäts-Nervenklinik bei der Einleitung einer späteren weiteren Alkoholismustherapie:
Nein, ja, bei Patienten mit einer späteren weiteren Alkoholismustherapie erfragt (Interview).

C 22. Mitwirkung der Universitäts-Nervenklinik bei der Einleitung einer späteren weiteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformant:
Einteilung und Erhebung wie bei C 21., Angaben des Kollateralinformanten (Interview).

C 23. Einfluß der Behandlung auf der Suchtstation auf die Motivation zur späteren weiteren Alkoholismustherapie:
Verstärkt, kein Einfluß, verringert, bei Patienten mit späterer weiterer Alkoholismustherapie erfragt (Interview).

C 24. Einfluß der Behandlung auf der Suchtstation auf die Motivation zur späteren weiteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformant:
Einteilung wie C 23., Angaben des Kollateralinformanten (Interview).

C 25. Therapieergebnis:
Zusammenfassende Beurteilung durch mich auf der Basis aller vorliegenden Informationen, bei widersprüchlichen Informationen wurde im allgemeinen die ungünstigere Version akzeptiert (Ausnahmen siehe unten):

Abstinent, Zustand im übrigen zufriedenstellend (Patienten, die seit der Kur dauernd abstinent sind oder maximal einen Rückfall von maximal einem Monat Dauer hatten, vergleiche C 15. und 16., und bei denen sich kein Anhalt für eine neue Sucht, bei C 1. Konsum Abhängigkeit erzeugender Medikamente in höherer als therapeutischer Dosis oder Konsum illegaler Drogen, Symptomverschiebung, C 4., oder für eine sonstige Verschlechterung, C 5., fand) (Interview); abstinent, Zustand im übrigen nicht zufriedenstellend (Patienten, die seit der Kur dauernd abstinent sind oder maximal einen Rückfall von maximal einem Monat Dauer hatten, Bedingungen wie bei "Abstinent, Zustand im übrigen zufriedenstellend", aber Bedingungen bezüglich Symptomverschiebung, C 4., und sonstiger Verschlechterung, C 5., nicht erfüllt) (Interview); bezüglich Trinken gebessert oder abstinent nach schwerem Rückfall (C 15. und C 16., keine neue Sucht, C 1., keine Symptomverschiebung, C 4., keine sonstige Verschlechterung, C 5.) (Interview); spätere weitere Entziehungskur (Interview); verstorben (Interview); Sonstige (alle Patienten, die nicht den Voraussetzungen für die Einstufung in einer der anderen vier genannten Kategorien entsprechen (Interview), die Kategorie "Kontrolliert Trinkend" (siehe

oben) taucht hier deswegen nicht auf, weil bei keinem der wieder Alkohol konsumierenden Patienten die dafür zu fordernden Bedingungen erfüllt waren; nicht zu ermitteln (alle Patienten, bei denen kein Interview möglich war, weil sie zu weit entfernt wohnten, nicht auffindbar waren oder das Interview ablehnten, ohne daß sich Informationen darüber fanden, daß sie rückfällig waren oder eine spätere weitere Alkoholismustherapie gemacht haben; bei mangelhaften Informationen wurden nur diejenigen gewertet, die nicht für eine erfolgreiche Therapie sprachen, in diesem Falle wurden die Patienten entsprechend eingeordnet, im anderen Falle als nicht zu ermittelnd betrachtet, eine erfolgreiche Therapie wurde nur bei ausreichenden Informationen konstatiert) (Interview).

D. Interview-Variablen:

D 1. Kollateralinformant:
Keiner; Ehepartner, mit dem Patienten zusammenlebend; Sonstige, mit dem Patienten zusammenlebend; mit dem Patienten nicht zusammenlebende Angehörige (Interview).

D 2. Ersatzinformation:
Analog zu D 1. in Fällen, wo mit dem Kollateralinformanten kein ausführliches Gespräch möglich war, oder wo dieser nur partiell oder global Auskunft geben konnte; daneben Akten der UNK, Briefe des Patienten, Sonstige (Interview).

D 3. Interview-Situation:
Patient und Kollateralinformant getrennt und ohne Intervall interviewt; ebenso mit Intervall; Patient und Kollateralinformant getrennt interviewt, beim ersten Interview beide anwesend; Patient und Kollateralinformant getrennt interviewt, beim zweiten Interview beide anwesend; Patient und Kollateralinformant zusammen interviewt; Patient und Kollateralinformant zusammen interviewt, dabei Kollateralinformant nur pauschal befragt; andere Situation (Interview).

D 4. Störungen beim Interview:
Keine; Angehörige anwesend, Angehörige und/oder Sonstige anwesend; andere Störungen (Interview).

D 5. Probleme beim Interview:
Keine; Patient lehnt Interview ab; Patient lehnt Interview zunächst ab, stimmt später zu; Patient lehnt Befragung des Kollateralinfor-

manten ab; Interview ist wegen Denkstörungen des Patienten nicht möglich (Interview).

D 6. Probleme des Patienten aufzufinden:
Nein, ja (Interview)

D 7. Quelle für die Gesamteinstufung (C 25.):
Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant übereinstimmend; Referent im Widerspruch zu den übereinstimmenden Angaben von Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant; Patient im Widerspruch zu Kollateral- bzw. Ersatzinformant; Kollateral- bzw. Ersatzinformant im Widerspruch zum Patienten; Patient alleine; Referent im Widerspruch zum Patienten ohne Kollateralinformanten; Sonstige (Interview).

4.3. Erhebung und Bewertung der Daten:

Aufgrund der retrospektiven Anlage der Untersuchung wurden die Angaben zu Vorgeschichte und Therapieverlauf zum größten Teil aus den Krankengeschichten und Ambulanzkarten der Universitäts-Nervenklinik erschlossen. In den Krankengeschichten der Patienten der Suchtstation sind in der Regel die vom Pflegepersonal erhobenen Berichte "Sozialanamnese" (mit Angaben zur Biographie, insbesondere unter beruflichen Aspekten) und "Suchtanamnese" (mit Angaben zum Verhalten der Eltern, zur Entwicklung des Alkoholkonsums und der Alkoholismus-Symptomatik sowie der Therapie-Motivation und dergleichen) enthalten. In Ausnahmefällen fehlen diese Berichte, die entsprechenden Daten wurden dann im Interview mit dem Patienten nachträglich erhoben. Die genannten Berichte werden nach teils strukturierten, teils halbstrukturierten Interviews erstellt. Ihre Verwertbarkeit wird dadurch eingeschränkt, daß sie zum Teil unvollständig sind und von verschiedenen Mitarbeitern ohne Reliabilitätsprüfung erstellt werden, bei einzelnen Fragen ist die Nichtvergleichbarkeit evident, z.B. ist unter "Aktueller Aufnahmegrund" zum Teil der Anstoß zur Behandlung, z. B. drohender Verlust des Arbeitsplatzes aufgeführt, zum Teil "Alkoholismus". Außer diesen Berichten wurden die üblichen psychiatrischen Aufzeichnungen (Epikrise, Fieberkurve und dergleichen) verwendet.

Alle Interviews mit Patienten und Angehörigen sowie sonstigen Informanten wurden durch mich durchgeführt.

Ich war zu der Zeit noch Medizinstudent kurz vor Abschluß des Studiums, auf die Durchführung der Interviews war ich lediglich durch schwerpunktmäßige Beschäftigung mit der Psychiatrie während des Medizinstudiums und durch Teilzeitbeschäftigung in der Demoskopie vorbereitet. Ich konsumiere mäßig Alkohol, so daß die oben genannten zusätzlichen Leugnungstendenzen des Interviewten gegenüber alkoholabstinenten Interviewern entfielen.
Vor dem Interview habe ich die Patienten angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten. Dann habe ich sie ohne weitere Anmeldung aufgesucht, einige Patienten hatten sich inzwischen schriftlich an mich gewandt und um vorherige Terminvereinbarung gebeten. Bei einigen Patienten konnte ich beim ersten Besuch nur den Termin für das Interview vereinbaren. Drei Patienten lehnten eine Teilnahme am Interview ab, einer davon stimmte schließlich doch noch zu. Nur einer der Patienten, die endgültig ablehnten,konnte nicht hinreichend sicher eingestuft werden, beim anderen gab die Ehefrau an, daß er rückfällig war. Bei zehn Patienten konnten wegen Denkstörungen keine adäquaten Interviews durchgeführt werden (Neunmal wegen Alkoholeinfluß und/oder Alkoholdemenz, einmal wegen Einengung auf paranoide Denkinhalte).
Die Atmosphäre beim Interview war fast immer sehr freundlich, zahlreiche Patienten begrüßten es, daß die Klinik wieder Kontakt mit ihnen aufnahm. Ich habe auf Reglementierungen bezüglich der Interviewsituation weitgehend verzichtet, daraus ergab sich häufig Anwesenheit der Ehepartner, gelegentlich auch anderer Angehöriger. Die Partner mischten sich meist

in das Gespräch ein, in einigen Fällen interviewte ich deswegen Patienten und Angehörige gleichzeitig, teilweise dabei die Angehörigen nur kurz und pauschal.
Die Befragung fand in Form eines teils halbstrukturierten teils strukturierten Interviews statt. Zu Beginn befragte ich den Patienten, was ihm nach der stationären Behandlung geholfen und was ihm Schwierigkeiten gemacht habe und wie er über die stationäre Behandlung urteilte. Die Antworten auf diese Fragen werden in dieser Untersuchung nicht dargestellt. Diese Fragen sollten zu Beginn des Gesprächs den Einstieg erleichtern, weil auf diesem Gebiet keine besonders psychische Belastung der Interviewten zu erwarten war.
Anschließend folgten Fragen zu Ehe, beruflicher Situation, psychischer Verfassung und sozialen Kontakten, sofern der Patient nicht schon von sich aus angegeben hatte, im Rückfall zu sein oder sich einer weiteren Entziehungsbehandlung unterzogen zu haben (was bedeutet, daß diese Fragen entfielen, da der Umfang der Befragung begrenzt werden sollte). Danach wurde nach dem letzten Alkoholkonsum gefragt, anschließend nach Situationen, in denen Rückfallgefahr bestanden hatte (zwei Patienten gaben ihren Rückfall erst nach der Frage nach Rückfallgefahr an, zuvor hatten sie ihn verleugnet).

Bei Patienten, die eine spätere weitere Alkoholismustherapie angaben, folgten Fragen, wie sie zu dieser weiteren Therapie motiviert worden waren und wie die

Therapie in die Wege geleitet worden war, bei den übrigen Rückfälligen Fragen zu Zeit, Ausmaß und Komplikationen des Rückfalls. Bei den übrigen Patienten folgten Fragen zu Suchtverlagerung und Symptomverschiebung.
Bei Patienten im Rückfall oder mit behandlungsbedürftigen anderen Problemen wurde versucht, sie zu einer entsprechenden Behandlung zu motivieren und ggf. eine Behandlung zu vermitteln (dagegen wehrten sich in drei Fällen Angehörige). In mindestens zwei Fällen führte dies zu einer Vorstellung in einer Suchtbehandlungseinrichtung.
In Ausnahmefällen wurden die Interviews nicht in der Wohnung der Patienten durchgeführt (einmal in einer Haftanstalt, einmal in meiner Wohnung, weil der Patient verzogen war und sich kurzfristig in Tübingen aufhielt, einmal in einer Klinik, in der der Patient gerade untersucht wurde, zweimal in der Universitäts-Nervenklinik und einmal am Arbeitsplatz des Patienten, weil diese drei Patienten sich vor ihren Angehörigen schämten).
Mit sieben Patienten konnte kein Interview durchgeführt werden, weil sie inzwischen zu weit entfernt wohnten (Frankfurt, Südschwarzwald, Aachen) oder weil sie nicht mehr auffindbar waren. Bei vier von diesen Patienten war trotzdem eine Einstufung möglich (ausreichende Angaben durch Angehörige, daß der Patient rückfällig war, kurze Begegnung zwischen mir und einem inzwischen als Clochard lebenden und deswegen nicht mehr auffindbaren, deutlich alkoholisierten Patienten). Die zahlreichen inzwischen in der näheren Umgebung umgezogenen Patienten konnten

aufgefunden werden. Von den Patienten, bei denen keine vollständigen Informationen zu bekommen waren, mußte nur ein kleinerer Teil in die Kategorie "nicht zu ermitteln" eingeordnet werden, bei der Mehrzahl war zu erfahren, daß sie rückfällig geworden waren. Sechs Patienten lehnten eine Befragung der Angehörigen ab, sie begründeten das mit der psychischen Belastung durch dieses Thema und dergleichen. Dies wurde respektiert. In diesen Fällen und dann, wenn keine ausreichend informierten Angehörigen erreichbar waren, wurden über niedergelassene Ärzte und Suchtberatungsstellen Erkundigungen einzogen.
Bei Widersprüchen zwischen den Angaben der Patienten und der Kollateralinformanten wurde die ungünstigere Variante akzeptiert, davon wurde nur einmal abgewichen (der Vater des Patienten bewertete dessen psychische und soziale Weiterentwicklung negativ, im Gespräch wurde deutlich, daß er ausgeprägte Wünsche hatte, den Patienten in extremer Abhängigkeit zu halten, und daß er ärgerlich über dessen Verselbständigung war, plausible Argumente für die behauptete Verschlechterung fanden sich nicht.
In einigen Fällen war Patienten, die Alkoholabstinenz angaben, deutlich Alkoholeinfluß anzumerken.

5. Ergebnisse:

Die Ergebnisse werden im Anhang tabellarisch, hier zusammenfassend, dargestellt. Bei vielen Variablen konnten nicht über alle Patienten Daten ermittelt werden (genaue Zahlen dazu siehe Tabellen im Anhang).

5.1. Patienten-Variablen:

96 Patienten wurden erfaßt.
Sie waren zwischen 20 und 63 Jahre, im Durchschnitt 38 Jahre alt, 14 von ihnen 20 bis 29, 42 30 bis 39, 29 40 bis 49 und elf Patienten waren 50 Jahre alt und darüber.
26 von ihnen waren Frauen, 70 Männer.
69 waren verheiratet, 15 ledig, vier verwitwet und acht geschieden.
68 wohnten mit ihrem Ehepartner zusammen, 14 mit ihren Eltern, fünf mit Sonstigen, neun wohnten alleine.
94 Patienten waren Deutsche, zwei hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit.
54 sind in Baden-Württemberg geboren, 13 in der BRD und West-Berlin außerhalb von Baden-Württemberg, 15 innerhalb der deutschen Grenzen von 1937 ohne BRD und West-Berlin und 13 außerhalb der deutschen Grenzen von 1937.
Fünf haben Hochschulabschluß, sieben Abitur, neun Mittlere Reife, sieben haben einen höhere Schule absolviert, ohnen einen Abschluß zu machen, 65 haben Hauptschulabschluß, drei nichts von alledem.
57 waren in keinem Alkohol-Risikoberuf tätig, 19 übten eine ungelernte Tätigkeit aus, 20 einen speziellen Risikoberuf. Hierbei handelte es sich um

Berufe im Bereich von Land- und Forstwirtschaft (Förster, mehrere Landwirte), Alkoholproduktion und -vertrieb (Kellner), Bau (Heizungsmonteur, Gipser, Maler, Zimmermann, Dachdecker, Bauschlosser, Bauhilfsarbeiter, Installateur, Bauingenieur) sowie Kontaktberufe (Außendienst).
Bei 20 Patienten fand sich ein beruflicher Abstieg in der Vorgeschichte (Hilfsarbeitertätigkeit bei abgeschlossener Berufsausbildung, unselbständige Tätigkeit ohne Leitungsfunktion bei früheren Selbständigen, Versetzung auf Posten mit weniger qualifizierter Tätigkeit, Abbruch von Studium, Fachschulausbildung und Berufsausbildung).
21 Patienten waren arbeitslos, bei 18 war der Arbeitsplatz gefährdet.
63 Patienten gaben eine Beeinträchtigung im beruflichen Bereich an (Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, Vernachlässigung des Haushaltes, unentschuldigtes Fehlen).
Andere ungünstige ökonomische Umstände gaben 25 Patienten an (Schulden, Erwerbsminderung, Studium ohne berufliche Chancen, drohende Obdachlosigkeit, niedrige Erwerbsunfähigkeitsrente, finanzielle Schwierigkeiten durch zwanghafte, unsinnige Vorsorgekäufe).
26 Patienten war der Führerschein entzogen worden, zwölf waren vorbestraft.
Das Alter bei Beginn des Alkoholismus lag zwischen 15 und 51 Jahren, im Mittel bei 27 Jahren, bei 18 Patienten zwischen 15 und 19, bei 41 zwischen 20 und 29, bei 30 zwischen 30 und 39 und bei sechs Patienten ab 40 Jahren.
Kriterium für den Beginn des Alkoholismus waren bei

21 Patienten warnende Hinweise aus der Umgebung, bei drei Kontrollverlust, bei drei morgendliches Zittern, bei 68 sonstige Anhaltspunkte (Beginn des regelmäßigen oder periodischen übermäßigen Trinkens, Gefühl, Alkohol unbedingt zu brauchen, Gedächtnislücken, Toleranzerniedrigung (!)).
Die Dauer des Alkoholismus lag danach zwischen einem und 35 Jahren, im Mittel bei elf Jahren, bei 28 Patienten zwischen ein und fünf, bei 25 zwischen sechs und zehn, bei 19 zwischen elf und 15, bei zwölf zwischen 16 und 20 und bei elf Patienten über 20 Jahren.
60 Patienten gaben an, leichte Alkoholika (Bier, Wein, Most und dergleichen) zu bevorzugen, 21 gaben Spirituosen an, bei 14 gab es keine klare Präferenz.
84 Patienten gaben kontinuierlichen (täglichen und über den Tag verteilten) Alkoholkonsum an, elf diskontinuierlichen.
16 Patienten tranken vorwiegend gesellig, 36 vorwiegend alleine, bei 43 gab es keine bevorzugte Trinksituation.
46 Patienten wurden dem Gamma-Typ nach JELLINEK zugeordnet, 13 dem Delta-Typ, 21 dem Gamma-Delta-Mischtyp, 16 wurden nicht oder anders klassifiziert.
83 Patienten gaben morgendliches Zittern an, 60 Kontrollverlust, 24 eines odere mehrere Delire und 44 Toleranzverlust.
65 Patienten gaben keine spezielle Vorbehandlung wegen Alkoholismus an, vier eine abgeschlossene Entziehungskur, vier eine abgebrochene Entziehungskur, drei mehrere Entziehungskuren, 20 andere stationäre Behandlung wegen Alkoholismus und/oder Komplikationen des Alkoholismus, 13 Patienten waren aus anderen

Gründen schon psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Acht gaben Mehrfachabhängigkeit an (Hypnotika und Analgetika, wobei der Alkohol im Vordergrund stand). Noch in der Anfangsphase der stationären Behandlung waren zehn Patienten nicht bereit, lebenslang abstinent zu werden.

Bei 34 Patienten fand sich Anhalt dafür, daß beim Entschluß zur stationären Behandlung äußerer Druck eine erhebliche Rolle gespielt hatte, bei 22 kam dieser Druck aus dem familiären Bereich, bei acht aus dem beruflichen Bereich, bei vier aus anderen Bereichen. Zwischen dem hier erfaßten familiären Druck auf den Patienten und seiner Unterstützung durch die Angehörigen (gemessen an der Häufigkeit der Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe) fanden sich folgende Kombinationen:

Bei acht Patienten familiärer Druck und starke Unterstützung, bei fünf familiärer Druck und mäßige Unterstützung und bei acht familiärer Druck ohne Unterstützung; starke Unterstützung ohne Druck fand sich bei 35 Patienten, mäßige Unterstützung ohne Druck bei 15 und weder Druck noch Unterstützung bei 18. Bei lediglich fünf Patienten lag bei Behandlungsbeginn primäre Motivation vor.

Aufnahmeanlaß war bei 19 Patienten ein Aufenthalt in der Universitäts-Nervenklinik (wegen Delir, Alkoholhalluzinose, Suizidversuch oder Erregungszustand), bei neun ein Aufenthalt in einer anderen Klinik, bei 26 ärztlicher Rat im Rahmen einer ambulanten Behandlung, bei 22 äußerer Druck (Strafverfahren wegen Delikten im Zusammenhang mit Alkohol, Führerscheinentzug, Druck aus familiärem, beruflichem oder sonstigem

Bereich) und bei 20 Patienten sonstige Anlässe (Initiative von Beratungsstellen und dergleichen, eigene Initiative).
Die Anreise zur ambulanten Behandlung nach der stationären Behandlung auf der Suchtstation erfolgte bei 33 Patienten mit dem eigenen Auto, bei acht im Auto mit Mitpatienten, bei elf im Auto mit Sonstigen (meist nahe Verwandte), bei elf mit öffentlichen Verkehrsmitteln, bei vier zu Fuß und bei acht Patienten auf unterschiedliche Weise.
19 Patienten gaben gravierende Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie an (14-tägige Nachtschicht, extrem schlechte Verbindung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ohne Möglichkeit, mit dem Pkw zur Klinik zu kommen; unbeaufsichtigtes Kleinkind; regelmäßige massive Überschneidung mit der Arbeitszeit), 19 Patienten gaben weniger gravierende Hindernisse an (wenig günstige Verbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln; mäßige Schwierigkeiten mit der Arbeitszeit; Unannehmlichkeiten für Angehörige, die den Patienten herfahren mußten), 43 Patienten gaben keinerlei Hindernisse an.
Die Entfernung des Wohnorts der Patienten von der Universitäts-Nervenklinik (Luftlinie) lag zwischen einem und 330 Kilometern, diese maximale Entfernung war allerdings eine Ausnahme, das Maximum lag sonst bei 44 km, der Mittelwert bei 19 km. Bis zwei Kilometern entfernt wohnten sieben Patienten, drei bis neun Kilometer 15, zehn bis 19 Kilometer 32, 20 bis 29 Kilometer 28 und 30 Kilometer und mehr entfernt 14 Patienten.

5.2. Therapie-Variablen:

81 Patienten schloßen die stationäre Behandlung regulär ab, sechs verkürzten sie im Einvernehmen mit den Therapeuten (schwerwiegende berufliche Gründe, Fehlen jeglicher Motivation), sechs brachen gegen ärztlichen Rat die stationäre Behandlung ab, drei wurden disziplinarisch entlassen (mehrere Rückfälle, Uneinsichtigkeit nach Rückfall).
Acht Gruppen von Patienten, die jeweils gemeinsam die stationäre Behandlung begonnen und beendet haben, wurden bei der vorliegenden Untersuchung erfaßt, diese Gruppen umfaßten viermal elf, zweimal zwölf und zweimal 14 Patienten, die vier Gruppen, die während des ersten der beiden erfaßten Zeiträume stationär behandelt wurden, zusammen 45, die vier Gruppen, die während des zweiten der beiden erfaßten Zeiträume behandelt wurden, 51 Patienten.
Während der stationären Behandlung gab es bei zwei Patienten Komplikationen (Delir, Grand-mal-Anfall), 25 brauchten Distraneurin, 26 andere Psychopharmaka, sieben wurden während der stationären Behandlung rückfällig, bei acht gab es sonstige Probleme (disziplinarische Probleme, vorübergehenden, kurzfristigen Abbruch der Behandlung und erneute Aufnahme auf der Suchtstation, unregelmäßige Teilnahme an den therapeutischen Veranstaltungen der Suchtstation), diese fünf genannten Auffälligkeiten häuften sich bei einigen Patienten, bei zehn traten zwei davon auf, bei zwei drei und bei einem fünf.
Bei 29 Patienten nahmen die Angehörigen niemals an der Angehörigengruppe während der stationären Behand-

lung teil, bei 20 ein- bis zweimal und bei 43 drei- bis viermal.
Von dem Prinzip, daß die Patienten, die bei der stationären Behandlung zusammen auf Station waren, zusammen eine ambulante Gruppe bilden,wurde bei sieben Patienten abgewichen.
Faßt man die Patienten, die in einer Gruppe zur gleichen Zeit mit ihrer ambulanten Behandlung begonnen haben, als eine Gruppe zusammen, so ergeben sich acht ambulante Gruppen. Ihre Patientenzahl lag einmal bei fünf, einmal bei zehn, dreimal bei elf, einmal bei zwölf, einmal bei 13 und einmal bei 15 Patienten. Diese Gruppen konstitutierten teilweise eine neue Gruppe, wurden teilweise geschlossen in eine bestehende Gruppe aufgenommen, einige davon wurden später um weitere Patienten ergänzt. Dabei waren Gruppen, die in der vorliegenden Untersuchung nicht erfaßt wurden, beteiligt. Von den hier untersuchten Gruppen wurde die vierte und die achte (mit insgesamt 25 Patienten) sowie die sechste und die siebte (mit insgesamt 16 Patienten) miteinander zusammengelegt. Die vier Gruppen, die mit ihrer Arbeit vor der verbindlichen Festlegung der ambulanten Behandlungsdauer auf ein Jahr begonnen haben, umfassen 45 Patienten, die nächsten vier hier erfaßten Gruppen 43 Patienten.
Die Gruppen, die sich neu konstituierten und später durch neue Patienten ergänzt wurden, umfassen 28 Patienten, die Gruppen, die in eine bestehende Gruppe aufgenommen wurden und später nicht weiter ergänzt wurden, 23 Patienten, diejenigen, die später um einen Patienten ergänzt wurden, 22 und diejenigen, die

später um mehr als einen Patienten ergänzt wurden, 15 Patienten. Keiner der erfaßten Patienten war also an einer von Anfang bis Ende geschlossenen Gruppe beteiligt.
Aus der bei den ersten vier Gruppen obligatorischen Dauer der ambulanten Behandlung von sechs Monaten ergaben sich wegen der unterschiedlichen Wochentage, an denen die Sitzungen stattfanden, und wegen der verschiedenen Feiertage, die auf diese Wochentage fielen, 25 und 27 obligatorische Sitzungen (mit 24 und 21 Patienten).
Die Zahl der tatsächlich abgehaltenen ambulanten Sitzungen wich davon sehr stark ab, es gab Gruppen mit 33 (zwölf Patienten), 41 (zwei Patienten), 42 (ein Patient), 47 (ein Patient), 51 (25 Patienten) und 55 (16 Patienten) Sitzungen (die kleinen Patientenzahlen bei einigen Gruppen beruhen auf Verlegungen in andere Gruppen während der ambulanten Therapie). Für die 41 Sitzungen, die bei allen Gruppen mindestens abgehalten wurden, außer bei der einen, die nur 33 Sitzungen abhielt, bei der aber 48 Sitzungen obligatorisch gewesen wären, so daß ihre Mitglieder für die restlichen Termine als fehlend gewertet wurden, ergibt sich eine fast kontinuierliche Abnahme der Beteiligung von 66 anwesenden Patienten in der ersten bis 18 Patienten in der 41. Sitzung, von neun entschuldigt Fehlenden bis 25 entschuldigt Fehlenden und von 13 bis 45 unentschuldigt Fehlenden, von der elften Sitzung an waren immer weniger als 50 % der Patienten anwesend. Siehe dazu Abbildung 1.

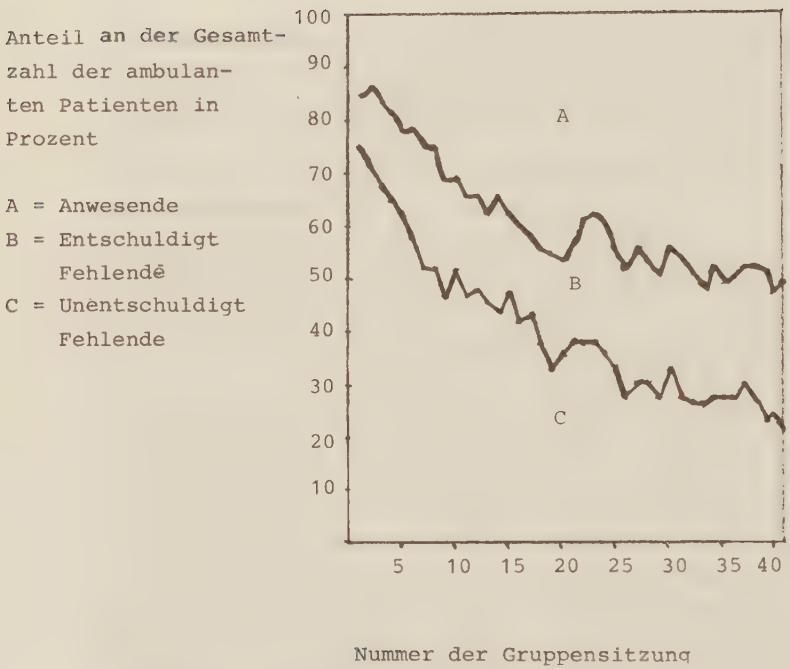


Abb. 1: Teilnahme an den ambulanten Gruppensitzungen

An keiner der ambulanten Gruppensitzungen nahmen elf Patienten teil, an einer bis fünf 15, an sechs bis 15 20, an 16 bis 25 14, an 26 bis 35 neun, an 36 bis 45 sieben und an 46 Sitzungen und darüber zwölf Patienten.
Entschuldigt gefehlt haben bei keiner Sitzung 18 Patienten, bei einer bis fünf 34, bei sechs bis 15 19, bei 16 bis 25 drei, bei 26 bis 35 drei, bei 36 bis 45 einer und bei 46 Sitzungen und darüber zehn Patienten.
Unentschuldigt gefehlt haben bei keiner Sitzung 19 Patienten, bei einer bis fünf 15, bei sechs bis 15

sechs, bei 16 bis 25 zehn, bei 26 bis 35 neun, bei 36 bis 45 14 und bei 46 Sitzungen und darüber 15 Patienten.
An bis zu einem Viertel der obligatorischen Sitzungen haben 36 Patienten teilgenommen, zwischen einem Viertel und der Hälfte 17, zwischen der Hälfte und Dreiviertel sechs, zwischen Dreiviertel und der Gesamtzahl 19 und bei mehr als den obligatorischen Sitzungen zehn Patienten.
Bei bis zu einem Viertel der obligatorischen Sitzungen entschuldigt gefehlt haben 66 Patienten, zwischen einem Viertel und der Hälfte sechs, zwischen der Hälfte und Dreiviertel einer, zwischen Dreiviertel und der Gesamtzahl acht und bei mehr als der Gesamtzahl der obligatorischen Sitzungen sieben Patienten.
Unentschuldigt versäumt haben bis zu einem Viertel der obligatorischen Sitzungen 37 Patienten, zwischen einem Viertel und der Hälfte acht, zwischen der Hälfte und Dreiviertel elf, zwischen Dreiviertel und der Gesamtzahl 15 und mehr als die Gesamtzahl der obligatorischen Sitzungen unentschuldigt versäumt haben 17 Patienten.
Von den ambulanten Gruppengesprächen , die tatsächlich stattgefunden haben, wurden bis ein Viertel besucht von 43 Patienten, von einem Viertel bis zur Hälfte von 14, von der Hälfte bis Dreiviertel von zehn und darüber von 21 Patienten.
Bei diesen tatsächlich abgehaltenen ambulanten Gruppensitzungen haben entschuldigt gefehlt bis zu einem Viertel der Sitzungen 70 Patienten, zwischen einem Viertel und der Hälfte drei, zwischen der Hälfte und Dreiviertel fünf und darüber zehn Patienten.

Bei den tatsächlich abgehaltenen ambulanten Gruppensitzungen haben unentschuldigt gefehlt bis zu einem Viertel der Sitzungen 39, zwischen einem Viertel und der Hälfte neun, zwischen der Hälfte und Dreiviertel 14 und darüber 26 Patienten.
Bei den ersten sechs ambulanten Sitzungen war die Beteiligung gut bei 42 Patienten, mäßig bei 17 und schlecht bei 23 Patienten, sechs Patienten beteiligten sich nicht, der Mittelwert im Beteiligungsscore betrug 9,1.
Bei den letzten sechs ambulanten Sitzungen vor der Mitte der obligatorischen ambulanten Behandlungsdauer war die Beteiligung gut bei 27 Patienten, mäßig bei acht Patienten und schlecht bei 28 Patienten, 25 Patienten beteiligten sich nicht, der Mittelwert im Beteiligungsscore war 11,7.
Bei den letzten sechs ambulanten Sitzungen vor Dreiviertel der obligatorischen Behandlungsdauer war die Beteiligung gut bei 16 Patienten, mäßig bei acht Patienten und schlecht bei 32 Patienten, 32 Patienten beteiligten sich nicht, der Mittelwert im Beteiligungsscore war 13,1.
Bei den letzten sechs tatsächlich abgehaltenen ambulanten Sitzungen war die Beteiligung gut bei 14 Patienten, mäßig bei sechs Patienten, schlecht bei 28 Patienten, 40 Patienten beteiligten sich nicht, der Mittelwert im Beteiligungsscore war 13,6.
Das Beteiligungsprofil (6 bis 7 Punkte = gute Beteiligung, 8 bis 9 Punkte = mäßige Beteiligung, 10 bis 17 Punkte = schlechte Beteiligung und 18 Punkte = keine Beteiligung) lautet also: Beginn 9,1, Mitte 11,7, Dreiviertel 13,1, Ende 13,6

(siehe Abbildung 2).

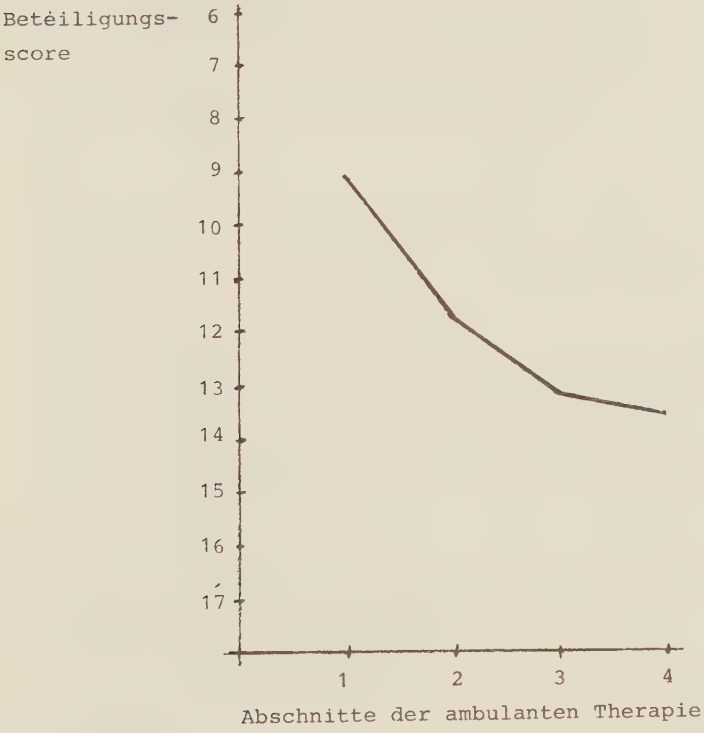


Abb. 2: Beteiligungsprofil

Neun Patienten wurde Antabus verordnet, ohne daß sie es einnahmen (die meisten davon berichteten beim Interview mit sichtlichem Stolz davon, daß sie kein Antabus eingenommen hatten,und betonten die Notwendigkeit, es aus eigener Kraft zu schaffen), 17 Patienten haben Antabus im ersten Quartal nach der stationären Behandlung eingenommen, 14 zu späteren Zeitpunkten.
35 Patienten hatten nach der stationären Behandlung noch Kontakt mit der Suchtstation (Beratungen, Besuche, Medikation), 22 Patienten hatten ein- bis fünfmal, 42 häufiger Kontakt mit Mitpatienten nach Beendigung der stationären Behandlung.
Von den Patienten, die einen Rückfall angaben, haben 18 nach ihrem ersten Rückfall die ambulante Gruppentherapie noch mindestens einen Monat fortgesetzt. Zur Wiederaufnahme nach einem Rückfall kamen sieben Patienten einmal und vier Patienten mehrmals.
Ambulante psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung nach der stationären Behandlung gaben neun Patienten an, vier gaben stationäre Behandlung an (teils zusätzlich auch ambulant).
An ambulanten Gruppen für Alkoholiker außerhalb der Gruppen der Suchtstation nahmen 21 Patienten in geringem Maße, 17 Patienten intensiv teil.

5.3. Katamnestische Variablen:

17 Patienten konsumierten nach der stationären Behandlung Abhängigkeit erzeugende Medikamente in therapeutischer Dosis, einer in höherer Dosis, einer konsumierte illegale Drogen, ein Wechsel des Suchtmittels war also bei zwei Patienten festzustellen.
Symptomverschiebung auf psychosomatische Beschwerden gaben sieben Patienten an (starke Kopfschmerzen, ausgeprägte Adipositas, nervöse Herz- und Atembeschwerden, Beschwerden im Sinne einer Kiefergelenksmyoarthropathie, Verschlimmerung von Migräne, Magen- und Unterleibsbeschwerden sowie Globusgefühl).
Sieben Patienten gaben eine Symptomverschiebung mit psychischen Beschwerden an (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Lustlosigkeit, Desinteresse, Angst, Rückzugstendenzen, Entscheidungsschwierigkeiten, déjà-vu-Erlebnisse, depressive Verstimmungen, Minderwertigkeitsgefühle, Beziehungsstörungen in der Ehe, Gereiztheit, Kontaktarmut, "Nervenzusammenbruch", hypochondrische Neigungen, agitiert-depressive Zustände mit Suizidtendenzen, Panikzustände, Halluzinationen).
Psychische und psychosomatische Symptomverschiebung überschnitten sich zum Teil, insgesamt gaben elf Patienten Zeichen einer Symptomverschiebung an.
Fünf Patienten gaben eine sonstige Verschlechterung an (Verschlechterung des Ehelebens, der sozialen Kontakte, des sonstigen psychischen Wohlbefindens und dergleichen). Bei den Patienten, bei denen etwas über einen Rückfall zu erfahren war, gaben 24 an,

daß dieser im ersten Monat nach der stationären Behandlung stattgefunden hatte, sechs im zweiten und dritten Monat, zwölf im vierten bis sechsten Monat, sieben im siebten bis zwölften Monat, acht im 13. bis 18. Monat und vier gaben einen späteren Zeitpunkt für den ersten Rückfall an (siehe Abbildung 3).

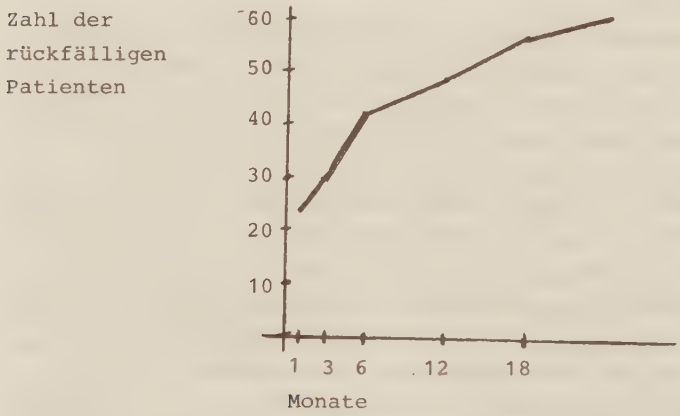


Abb. 3: Zeitpunkt des ersten Rückfalls nach der stationären Therapie

30 Patienten wurden während der ambulanten Therapie rückfällig, fünf innerhalb des ersten Monates nach Beendigung der ambulanten Therapie, zwei im zweiten und dritten Monat, drei im vierten bis sechsten Monat, elf im siebten bis zwölften Monat und einer später.

Bei den Patienten, bei denen über die Rückfälligkeit

etwas Näheres zu erfahren war, war es bei dreien zu einem Rückfall von maximal einem Tag Dauer gekommen, bei zwei zu einem Rückfall von maximal einem Monat, bei zwei zu mehr und/oder längeren Rückfällen, diese Patienten waren aber seit mindestens sechs Monaten abstinent, 35 Patienten wurden als zur Zeit trinkend eingestuft.
Von den derzeit Trinkenden und/oder ihren Angehörigen wurde bei zwölf Patienten angegeben, daß sie viel weniger trinken als vor der stationären Behandlung, von sechs etwas weniger, von zehn gleich viel (von keinem, daß er mehr trinkt als vor der stationären Behandlung), viel weniger Probleme im Zusammenhang mit Alkohol wurden angegeben bei zwölf Patienten, etwas weniger bei sechs, gleich viel bei sechs, etwas mehr bei drei und viel mehr bei einem Patienten. Die Häufigkeit der Trinkepisoden wurde bei 15 als viel geringer, bei vier als etwas geringer, bei neun als gleich und bei keinem als höher angegeben.
Vier Patienten war seit der stationären Behandlung der Führerschein entzogen worden, zwei hatten andere rechtliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkohol gehabt.
Bei neun Patienten, die behaupteten, seit der stationären Behandlung alkoholabstinent zu sein, fanden sich deutliche Hinweise darauf, daß diese Angabe falsch war (Angaben von Ehepartnern und Hausärzten, deutliche Hinweise im Interview wie Foetor alcoholicus und erkennbare alkoholbedingte Beeinträchtigung).
Es fanden sich deutliche Unterschiede zwischen Patienten und Kollateralinformanten bezüglich des Trinkverhaltens: 64 Patienten machten Angaben zu ihrem Trink-

verhalten, bei 59 Patienten waren Angaben von Kollateralinformanten zu erhalten. Nach Angaben der Patienten waren 34 abstinent seit der stationären Behandlung (Kollateralinformanten: 27), vier abstinent nach einem Rückfall von maximal einem Monat Dauer (Kollateralinformanten: vier), vier abstinent nach einem längeren Rückfall oder nach mehreren Rückfällen (Kollateralinformanten: einer), elf derzeit trinkend, aber gebessert (Kollateralinformanten: fünf), sieben trinkend, dabei nicht gebessert (Kollateralinformanten: 13) und vier trinkend und dabei verschlechtert (Kollateralinformanten: neun).
Patienten, die nach der Behandlung auf der Suchtstation sich noch einer weiteren Alkoholismustherapie unterzogen, gaben in der Mehrzahl an, vor der Behandlung auf der Suchtstation zu einer Langzeitbehandlung noch nicht bereit gewesen zu sein (zehn von 16, Kollateralinformanten: sieben von zehn), obwohl der Mehrheit von ihnen eine solche schon zuvor empfohlen worden war (neun von 16, Kollateralinformanten: sechs von elf). Eine Mitwirkung der Universitäts-Nervenklinik bei der Einleitung der späteren weiteren Alkoholismustherapie verneinten 13 von 17 Patienten (Kollateralinformanten zehn von elf). Einen positiven Einfluß der Behandlung auf der Suchtstation auf die Motivation für die spätere weitere Alkoholismustherapie gaben sechs von 16 Patienten an (Kollateralinformanten: sechs von elf), einen negativen Einfluß gab niemand an.
Abstinent ohne jeden Rückfall seit der stationären Behandlung oder mit maximal einem Rückfall von maxi-

mal einen Monat Dauer ohne Suchtverlagerung, Symptomverschiebung oder sonstige Verschlechterung waren 17 Patienten.
Abstinent oder abstinent mit maximal einem Rückfall von maximal einem Monat Dauer ohne neue Sucht aber mit Symptomverschiebung oder sonstiger Verschlechterung waren zwölf Patienten.
Im Trinkverhalten gebessert (vgl. C 15. und C 16.) oder mindestens sechs Monate abstinent nach mehr oder längeren Rückfällen waren sechs Patienten.
Eine spätere weitere Alkoholismustherapie machten 22 Patienten.
Vier Patienten waren verstorben.
Die übrigen 31 Patienten haben sich bezüglich ihres Trinkverhaltens nicht gebessert oder sogar verschlechtert oder eine Suchtverlagerung entwickelt.
Vier Patienten wurden als nicht zu ermitteln eingestuft; bei diesen vier Patienten fanden sich zwar Anhaltspunkte für ein positives Therapieergebnis (günstiger Eindruck des zuständigen Suchtberaters; briefliche und telefonische Angaben von zwei Patienten, deren Angabe abstinent zu sein, glaubwürdig wirkte; glaubwürdig wirkende Behauptung, abstinent zu sein, durch einen Patienten im Interview, der aber dann die Befragung aller möglichen Kollateralinformanten verweigerte, weil er sich angeblich vor ihnen schämte); aufgrund des Prinzips, eine Einstufung in die Gruppe der erfolgreich Behandelten nur vorzunehmen, wenn eine glaubwürdige Bestätigung der Angaben vorlag, mußten diese Patienten als nicht beurteilbar betrachtet werden; unbestätigte Angaben, die für eine Einstufung in die verschiedenen Gruppen der nicht erfolgreich Behandelten sprachen, wurden dagegen verwertet.

5.4. Interview-Variablen:

Bei 32 Patienten konnte kein Kollateralinformant interviewt werden, bei 49 der Ehepartner, der mit dem Patienten auch zusammenlebte, bei zwölf andere Angehörige oder Bekannte, die mit dem Patienten zusammenlebten, und bei drei Patienten Angehörige, die mit dem Patienten nicht zusammenlebten.
Bei 34 Patienten wurden Ersatzinformationen erhoben (kurze Gespräche mit Angehörigen, die aber für ein ausführliches Interview nicht zur Verfügung standen, bei drei Patienten; Brife von Patienten, die selbst nicht erreichbar waren, in drei Fällen; Akten der Universitäts-Nervenklinik in acht Fällen und Auskünfte von Hausärzten und Suchtberatungsstellen in 20 Fällen, wenn keine Kollateralinformanten zur Verfügung standen oder wenn diese suspekte Angaben machten).
Bei zwei Patienten fand das Interview mit dem Patienten und das mit dem Kollateralinformanten getrennt und ohne Intervall dazwischen statt, so daß die beiden keine Möglichkeiten hatten, sich inzwischen abzusprechen oder sich während des Interviews gegenseitig zu beeinflußen.
Bei 31 Patienten fanden die Interviews getrennt statt, es lag aber ein Intervall dazwischen. Bei acht Patienten waren beim ersten Interview Patient und Kollateralinformant zusammen anwesend, und erst das zweite Interview wurden dann ohne die Anwesenheit des anderen durchgeführt. Bei sechs Patienten war es umgekehrt, beim zweiten Interview waren dann beide anwesend. Bei acht Patienten wurden die beiden zusammen interviewt, bei

beiden wurde aber ein volles Interview durchgeführt, bei elf Patienten wurde ein gemeinsames Interview durchgeführt, wobei der Kollateralinformant nur kurz und pauschal befragt wurde. Bei 30 Patienten ergab sich eine andere Situation (kein Kollateralinformant und anderes mehr).
Bei 43 der Patienten fanden die Interviews ohne jede Störung statt, bei 29 waren Angehörige anwesend, bei neun Angehörige und/oder Sonstige anwesend, bei elf gab es andere Störungen (z.B. lautstarkes Interview mit einem schwerhörigen Patienten in einem hellhörigen Raum).
Bei 74 der Patienten gab es keine Probleme beim Interview, ein Patient lehnte zunächst die Mitwirkung ab, zwei lehnten die Mitwirkung definitiv ab, sechs lehnten die Befragung des Kollateralinformanten ab, bei zehn Patienten war wegen Denkstörungen ein Interview nicht möglich (Alkoholdemenz, akute Alkoholwirkung, Einengung auf paranoide Denkinhalte).
Bei 16 Patienten gab es Probleme, sie zum Interview aufzufinden (mehrfacher Wohnungswechsel, Wohnsitzlosigkeit, Wechsel des Familiennamens nach Scheidung).
Die Einstufung beim Therapieergebnis beruhte bei 49 Patienten auf übereinstimmenden Informationen von Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant, bei drei Patienten nahm ich diese Einstufung im Widerspruch zu den Äußerungen von Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant vor (in Fällen, wo die Angehörigen die Verleugnungs- und Dissimulationstendenzen des Patienten offensichtlich übernommen hatten).
Bei drei Patienten beruhte die Einstufung auf den Angaben des Patienten im Widerspruch zu denen des

Kollateral- bzw. Ersatzinformanten (Patient urteilte kritischer über seinen Zustand, einmal bin ich von der Regel, die negativere Einschätzung zu übernehmen abgewichen, weil die Angaben des Angehörigen inadäquat waren).
Bei 15 Patienten beruhte die Einstufung auf den Angaben der Kollateral- bzw. Ersatzinformanten im Widerspruch zu denen des Patienten (häufiger Fall, Patient stellte seine Lage positiver dar, die kritischere Auffassung der Angehörigen wurde akzeptiert).
Bei 16 Patienten beruhte die Einstufung auf Angaben des Patienten ohne Kollateral- bzw. Ersatzinformationen.
In einem Fall habe ich die Einstufung im Widerspruch zu den Angaben des Patienten ohne weitere Informationen vorgenommen. In neun Fällen erfolgte diese Einstufung auf anderem Wege (andere Informationen ohne Stellungnahme des Patienten und dergleichen).

5.5. Statistische Beziehungen zwischen dem Therapieergebnis und anderen Variablen:

Überdurchschnittlich häufig zu einem guten Therapieergebnis (voll befriedigend im Sinne von S. 31) war es gekommen bei 30- bis 39-jährigen Patienten, bei Patienten, auf die die Familie keinen Druck ausübte, aber an der Angehörigengruppe häufig teilnahm, bei Patienten, deren Angehörige häufig an der Angehörigengruppe teilnahmen, die nach der stationären Behandlung häufiger als fünfmal Kontakt mit Mitpatienten hatten, die die stationäre Behandlung regulär beendeten sowie bei denen, die an mehr als Dreiviertel der obligatorischen ambulanten Gruppensitzungen teilnahmen.
Diese Zusammenhänge sind auf dem 5-Prozent-Niveau signifikant (zur Problematik des Signifikanz bei dieser großen Zahl von Tests siehe unten).
Eine positive Tendenz ohne statistische Signifikanz fand sich bei den Patienten, auf die die Familie Druck ausübte, bei Verwitweten, bei Patienten mit Risikoberufen, bei Patienten ohne Beeinträchtigung im beruflichen Bereich, bei Alkoholikern, bei denen der Alkoholismus im Alter von unter 20 Jahren begonnen hatte, bei Patienten, bei denen Warnungen aus der Umgebung vor anderen Anzeichen des Alkoholismus aufgetreten waren, bei Patienten, deren Alkoholismus maximal fünf Jahre gedauert hatte, bei Patienten, die angaben, Spirituosen zu bevorzugen, und bei Patienten, die angaben, überwiegend alleine zu trinken, bei Alkoholikern vom Gamma-Delta-Mischtyp, bei Patienten mit primärer Motivation, bei Patienten, die zur ambulanten Behand-

holikern vom Delta-Typ, bei Patienten, die morgendlichen Tremor verneinten, bei Patienten, die mehrere Entziehungskuren hinter sich hatten, die unter beruflichem oder sonstigem (nicht aber familiärem) Druck zur stationären Behandlung gekommen waren, bei Patienten, die zu Fuß zur ambulanten Gruppe kamen, die im Umkreis von bis zu neun Kilometern von der Universitäts-Nervenklinik entfernt wohnten sowie bei Patienten, die bei ihrer ambulanten Behandlung nicht zur gleichen Gruppe gehörten wie bei der stationären Behandlung.

Bei den verschiedenen Variablen, mit denen die Beteiligung der ambulanten Therapie erfaßt wurde, fanden sich außer dem positiven Ergebnis bei den Patienten, die an über Dreiviertel der obligatorischen Sitzungen teilgenommen haben (siehe oben) uneinheitliche Ergebnisse. Die verschiedenen ambulanten Gruppen differierten in ihrem Behandlungsergebnis erheblich.

Beim Beteiligungsprofil, wo Anwesenheit, entschuldigtes Fehlen und unentschuldigtes Fehlen während vier Zeiträumen der ambulanten Behandlung jeweils zu einem Score zusammengefaßt wurden, fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Kurven der Patienten, die erfolgreich behandelt wurden, und denen der Patienten, die mit mittelmäßigem oder schlechtem Erfolg behandelt wurden; die Beteiligung der erfolgreich behandelten an der ambulanten Gruppentherapie war während der gesamten Zeit signifikant besser; die Beteiligung der erfolgreich Behandelten verschlech-

terte sich während der ganzen Zeit annähernd kontinuierlich, bei der der übrigen Patienten fand sich zwischen dem dritten und vierten Zeitraum eine Abflachung, diese ist aber nicht signifikant (siehe Abbildung 4).

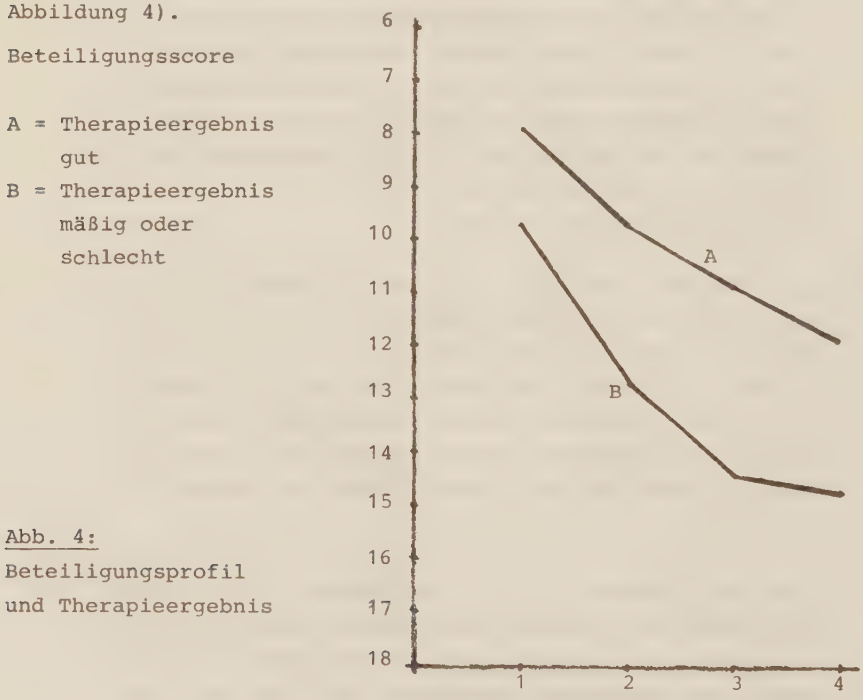
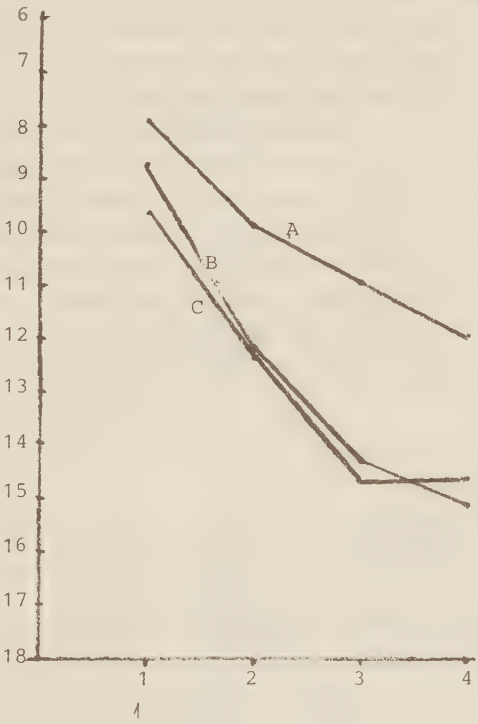


Abb. 4:
Beteiligungsprofil und Therapieergebnis

Wird bei dem Beteiligungsprofil bei den Patienten, die nicht zur Gruppe der erfolgreich Behandelten gehören, nun unterschieden zwischen den Patienten, die schon während der ambulanten Therapie rückfällig wurden, und denen, die erst danach rückfällig wurden, so fallen diese beiden Kurven annähernd

zusammen, die oben genannte Abflachung findet sich bei den Patienten, die schon während der ambulanten Therapie rückfällig wurden, sie ist aber nicht signifikant (siehe Abbildung 5).



A = Therapieergebnis gut
B = Therapieergebnis mäßig oder schlecht und erster Rückfall nach Beendigung der ambulanten Therapie
C = Therapieergebnis mäßig oder schlecht und erster Rückfall während der ambulanten Therapie

Abb. 5:
Beteiligungsprofil Therapieergebnis und Verhältnis erster Rückfall/ ambulante Therapie

Im Vergleich der Beteiligungsprofile der Patienten ohne, mit wenig gravierenden und mit gravierenden Hindernissen für die Teilnahme an der ambulanten Therapie fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Niveaus aller drei

Kurven, bei Patienten mit gravierenden Hindernissen war die Teilnahme primär schlechter, bei den beiden anderen Gruppen zu Beginn etwa gleich, bei den Patienten ohne Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie verschlechterte sich die Teilnahme relativ langsam, zwischen dem dritten und dem vierten Zeitraum kam es nur noch zu einer geringfügigen Verschlechterung; bei den Patienten mit wenig gravierenden Hindernissen kam es zu einer raschen und annähernd kontinuierlichen Verschlechterung; bei den Patienten mit gravierenden Hindernissen kam es zunächst zu einer raschen, dann zu einer sehr langsamen weiteren Verschlechterung der Teilnahme; die Nicht-Parallelität zwischen den ersten beiden Kurven ist signifikant (siehe Abbildung 6).

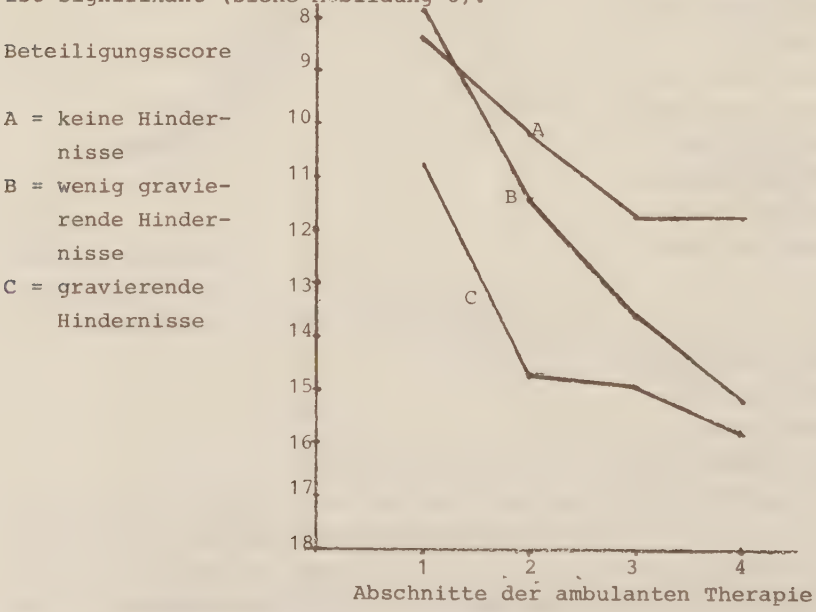


Abb. 6: Beteiligungsprofil und Hindernisse für die Teilnahme

Beim Vergleich der Beteiligungsprofile der Patienten mit unterschiedlich weit von der Universitäts-Nervenklinik entferntem Wohnort war die Beteiligung der Patienten, die bis zwei Kilometer entfernt wohnen, am schlechtesten, am nächstbesten die der Patienten, die drei bis neun oder 30 Kilometer und darüber entfernt wohnen, dazwischen lagen die übrigen Patienten; bei den beiden Gruppen mit der zweitbesten Beteiligung kam es zwischen dem dritten und dem vierten Zeitraum noch zu einer deutlichen Verschlechterung, während es bei den übrigen Gruppen in dieser Zeit nur noch zu einer geringen Verschlechterung oder zu einer geringfügigen Verbesserung der Teilnahme kam. Diese Nicht-Parallelität der Kurven ist aber nur signifikant im Vergleich zwischen den drei bis neun Kilometer entfernt Wohnenden einerseits und den zehn bis 19 und den 20 bis 29 Kilometern entfernt Wohnenden andererseits (siehe Abbildung 7).

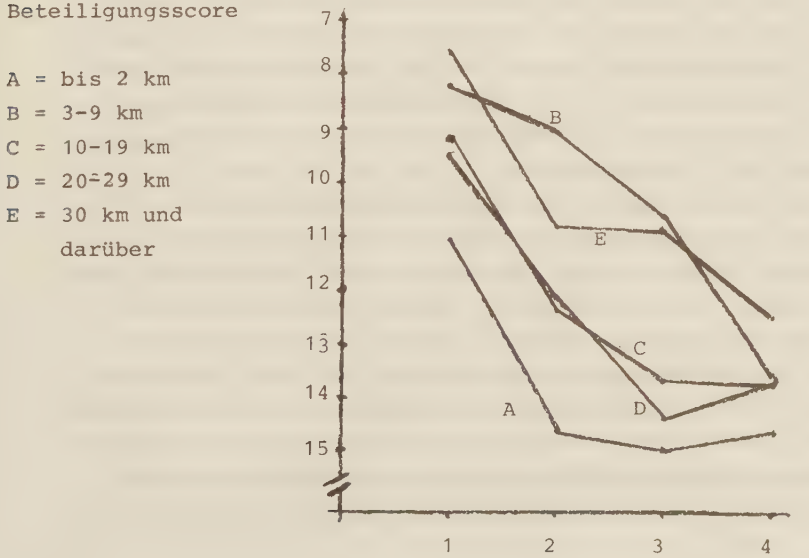


Abb. 7: Beteiligungsprofil und Entfernung von der UNK

6. Diskussion:

Bemerkenswert großzügig wurden die oben genannten Aufnahmekriterien gehandhabt (Alter, Arbeitsplatz, Mehrfachabhängigkeit, Vorbehandlung, Motivation). Offensichtlich stand der Eindruck im Vorgespräch im Vordergrund gegenüber den objektiven Kriterien. Dies erscheint gerechtfertigt angesichts der Beobachtung, daß ein positiver Eindruck erfahrener Therapeuten über die Motivation des Patienten ein guter Prädiktor eines positiven Therapieergebnisses ist (s.o.).
Ein Teil der Patienten mit Merkmalen, die als prognostisch ungünstig gelten, erreichte ein überraschend gutes Therapieergebnis, so die Verwitweten, die Patienten mit Risikoberufen, mit frühem Beginn des Alkoholismus, mit Bevorzugung von Spirituosen gegenüber leichten Alkoholika, Paitenten, die überwiegend alleine tranken, die gravierende Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie aufwiesen, und Patienten, die mindestens 30 Kilometer von der Universitäts-Nervenklinik entfernt wohnten und damit eine weite Anfahrt zur ambulanten Behandlung zu bewältigen hatten.
Diese Anfälligkeiten können angesichts der oben dargestellten methodischen Problematik auf Zufall beruhen. Weitere Untersuchungen, die dann prospektiv angelegt sein sollten, sind erforderlich. Falls die genannten Auffälligkeiten nicht auf Zufall beruhen, ist an die Möglichkeit zu denken, daß die Mitarbeiter, die das Vorgespräch mit Bewerbern durchführen, die prognostisch ungünstige Bedeutung solcher Merkmale kennen und bei Patienten, die diese Merkmale aufweisen, strengere Maßstäbe an Motivation und Einsicht anlegen, so daß die Patienten mit

solchen prognostisch ungünstigen Merkmalen eine geringere Chance haben, zur Behandlung auf der Suchtstation aufgenommen zu werden; das hieße, daß von Patienten mit prognostisch ungünstigen Faktoren nur diejenigen zur Behandlung auf der Suchtstation aufgenommen werden, bei denen diese Faktoren durch eine besonders gute Motivation ausgeglichen werden.
Das Wissen über prognostisch ungünstige Merkmale der Patienten beim Behandlungsteam kann auch dazu führen, daß Patienten mit diesen Merkmalen bewußt oder unbewußt besonders intensiv betreut werden, und daß es dadurch zu einer Verbesserung der Prognose dieser Patienten kommt.
Das gute Abschneiden von Patienten, die angaben, Spirituosen gegenüber leichten Alkoholika zu bevorzugen, und der Patienten, die angaben, überwiegend alleine zu trinken, kann darauf beruhen, daß besonders einsichtige und kooperative Patienten eher diese als besonders ungünstig geltenden Symptome angeben, während weniger einsichtige und kooperative Patienten diese eher verschweigen, so daß die Statistik dadurch verzerrt wird. Analog kann das schlechte Abschneiden der Patienten, die morgendlichen Tremor verneinten, zu erklären sein.
Die Patienten, die zu Fuß zur ambulanten Gruppentherapie kamen und die Patienten, die weniger als zehn Kilometer von der Universitäts-Nervenklinik entfernt wohnten, hatten ein schlechteres Therapieergebnis als diejenigen, die weit entfernt wohnten, und die unter gravierenden Hindernissen an der ambulanten Therapie teilnahmen; das kann darauf beruhen, daß die weiter entfernt und unter Schwierigkeiten teilnehmenden Patienten eine Selektion besonders gut motivierter darstellen, die trotz Erschwernissen an der Behandlung teilnahmen, oder darauf, daß für diese Pa-

tienten durch die Unannehmlichkeiten, die sie in Kauf zu nehmen hatten, die Bedeutung der ambulanten Therapie aufgewertet wurde.

Die Bedeutung der zur Beurteilung der Motivation retrospektiv herangezogenen Merkmale läßt sich schwer beurteilen. Das schlechte Therapieergebnis der Patienten, die unter beruflichem und sonstigem (nicht familiärem) Druck zur Therapie gekommen sind, könnte für schlechte Motivation und Einsicht sprechen, das gute Ergebnis der Patienten, bei denen die Familie Druck ausübte, für eine positive Wirkung eines solchen Drucks. Die Wahrnehmung warnender Hinweise aus der Umgebung vor dem Auftreten von anderen der oben genannten Symptome des Alkoholismus kann ebenfalls für eine prognostisch günstige Wirkung von Druck aus der persönlichen Umgebung sprechen, ebenso auch dafür, daß Patienten, die solche warnenden Hinweise stärker zur Kenntnis nehmen als andere, eine bessere Prognose haben. Der Zusammenhang der häufigen Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe mit einem günstigen Therapieergebnis läßt sich zwanglos als positive Auswirkung starker familiärer Unterstützung interpretieren.

Die Beziehung zwischen weiterem Kontakt mit Mitpatienten nach der Behandlung und einem guten Therapieergebnis dürfte darauf zurückzuführen sein, daß dieser ein Indikator ist für eine positive Beziehung zur Behandlung und für eine gut gelungene Gruppenbildung während der Behandlung.

Das schlechte Behandlungsergebnis bei einigen Merkmalen, die allgemein als prognostisch ungünstig gelten, überrascht nicht und bedarf keiner weiteren Erörterung. Selbstverständlich ist eine Untersuchung wie die vorlie-

gende nicht geeignet, gängige Auffassungen über prognostisch günstige und ungünstige Merkmale zu bestätigen oder zu widerlegen, da die auf der Suchtstation behandelten Patienten eine Selektion darstellen, wobei die genannten Merkmale selegierend gewirkt haben.

Die erheblichen Unterschiede im Therapieergebnis der verschiedenen Gruppen lassen sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht interpretieren. Es muß offen bleiben, welche Rolle hier Therapeuten-Variablen, Patienten-Variablen und Therapie-Variablen sowie die Interaktionen zwischen ihnen spielen. Kompliziert wird das Bild auch dadurch, daß dieselben Patienten einmal als Mitglied einer stationären, dann einer ambulanten Gruppe auftauchen, dann als Mitglieder einer ambulanten Gruppe mit langer oder kurzer Behandlungsdauer, dann als Mitglieder der Gruppe, die in eine bestehende Gruppe aufgenommen wurde, im Gegensatz zu anderen, die ihre Gruppenarbeit neu begannen usw.
Es ist auch keine Aussage möglich darüber, wie sich die Verlängerung der obligatorischen ambulanten Behandlungsdauer von einem halben auf ein ganzes Jahr auf die Therapieergebnisse ausgewirkt hat. Alle Gruppen, die sich mindestens ein halbes Jahr lang treffen sollten, haben sich annähernd ein Jahr lang oder noch länger getroffen, Patienten, die nicht so lange dabei blieben, sondern nach Ablauf der regulären Behandlungsdauer ausschieden, haben sich also anders verhalten, als es in ihren Gruppen üblich war, es ist also damit zu rechnen, daß sie bezüglich Motivation und Situation eine Selektion darstellen. Sie kommen also für einen Vergleich mit Patienten, mit denen von vornherein eine ambulante Behandlungsdauer von einem Jahr vereinbart worden war, nicht in Frage. Die

einzige Gruppe, die deutlich kürzer als ein Jahr tagte, wurde nach 33 Sitzungen wegen mangelhafter Beteiligung vorzeitig aufgelöst. Sie kommt also ebenfalls für eine Beurteilung des Effektes kürzerer ambulanter Therapie nicht in Frage.

Das bessere Therapieergebnis bei langer und regelmäßiger Teilnahme an der ambulanten Behandlung läßt nicht den Schluß zu, daß hier ein Mehr an Therapie ein besseres Ergebnis bewirkt hat, genau so gut ist es auch möglich, daß gute Motivation und gute Kooperation zu guter Beteiligung an der ambulanten Gruppe und zu guten Therapieergebnissen geführt haben.

Der Zusammenhang zwischen Therapieabbruch bzw. disziplinarischer Entlassung und schlechtem Therapieergebnis überrascht nicht, immerhin ist aber ein Therapieabbrecher unter den erfolgreich Behandelten. Ob der positive Trend bei den Patienten, die nach einem Rückfall wieder auf der Suchtstation stationär aufgenommen wurden, auf einen therapeutischen Effekt dieser Krisen-Intervention zurückzuführen ist, oder darauf, daß diese Patienten gut zur Beendigung des Rückfalls und zur Kooperation mit der Suchtstation motiviert waren, läßt sich nicht beurteilen.

Distraneurin-Medikation während der stationären Behandlung ist am ehesten als Indikator einer schweren körperlichen Abhängigkeit zu betrachten; da die Indikation zu dieser Medikation sehr streng gestellt wird, erscheint die Interpretation, daß diese Patienten mangelhaft motiviert oder besonders labil sind und deswegen einen überdurchschnittlichen Distraneurin-Bedarf entwickeln, weniger wahrscheinlich.

Als Zeichen mangelhafter Einsicht und Motivation sind Rückfälle während der stationären Behandlung zu betrachten. Üblicherweise ist der Wunsch nach Alkohol während einer solchen Behandlung gering ausgeprägt; Trinken während

der stationären Behandlung als Opposition gegenüber den Therapeuten oder als Test, ob kontrolliertes Trinken möglich ist, ist Ausdruck eines gestörten Vertrauensverhältnisses zu den Therapeuten.
Inwieweit die positiven Trends bei den Patienten, bei denen Antabus verschrieben worden war, die es aber bewußt nicht eingenommen hatten, bei den Patienten, die in geringem Umfang mit Einrichtungen der Alkoholikerbetreuung Kontakt hatten, sowie bei denen, die außerhalb der ambulanten Weiterbehandlung keine weiteren Kontakte mit der Suchtstation hatten, von Bedeutung sind, läßt sich im Rahmen dieser Untersuchung nicht beurteilen.
Auch die Beteiligungsprofile, mit denen die Beteiligung an der ambulanten Gruppentherapie dargestellt wird, können nur einen vorläufigen Eindruck vermitteln und sind kein Ersatz für prospektive Untersuchungen. So ist zum Beispiel die Gewichtung des entschuldigten Fehlens mit 2 und des unentschuldigten Fehlens mit 3 Punkten völlig willkürlich. Trotz dieser Einschränkungen wird ein Zusammenhang zwischen guter Beteiligung an der ambulanten Therapie und guten Therapieergebnissen deutlich. Dies heißt aber nicht, daß eine größere Zahl an Gruppensitzungen, an denen ein Patient teilnimmt, ein besseres Therapieergebnis bewirkt. Genauso kann die bessere Teilnahme Indikator sein für bessere Motivation, die dann ihrerseits ein besseres Therapieergebnis bewirkt. Die Beteiligung von Patienten, die Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Gruppentherapie angaben, war schlechter, es dürfte sich hier um einen ursächlichen Zusammenhang handeln; die Erklärungen der Patienten dazu wurden von mir kritisch gewürdigt, es ist deswegen nicht

anzunehmen, daß die genannten Hindernisse nachträglich zur Exkulpierung eingesetzt wurden, während die schlechte Teilnahme andere Ursachen hatte.

Die beiden Patienten, bei denen sich Suchtverlagerung fand, sind als erfolglos behandelt zu betrachten. Inwieweit der Konsum Abhängigkeit erzeugender Medikamente in therapeutischer Dosis, der bei zahlreichen Patienten festzustellen war, und der hier nicht als Mißerfolg gewertet wurde, die Vorstufe einer neuen Abhängigkeit darstellt, bleibt abzuwarten, die Fünf-Jahres-Katamnesen von LIPP (48) werden darüber weiteren Aufschluß bringen. Alle Patienten und ihre Hausärzte waren darauf aufmerksam gemacht worden, daß sie gegenüber Abhängigkeit erzeugenden Medikamenten völlige Abstinenz zu üben haben, Konsum dieser Medikamente, auch in therapeutischer Dosis, bedeutet also einen Verstoß gegen das, was die Patienten während der Behandlung gelernt haben.
Die abstinenten Patienten, bei denen sich Zeichen einer Symptomverschiebung fanden, sind nicht als erfolglos behandelt zu betrachten; es handelt sich schließlich um eine weniger deletäre Symptomatik als zuvor, außerdem ist die erreichte Abstinenz Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung dieser Symptome. Die Häufigkeit eines solchen Verlaufs spricht meines Erachtens aber dafür, die Patienten auf der Suchtstation stärker auf diese Möglichkeit vorzubereiten und sich intensiver dafür einzusetzen, daß in solchen Fällen auch therapeutische Konsequenzen erfolgen. Der häufig geäußerte Wunsch der Patienten nach intensiverem individuellen Eingehen auf ihre persönlichen Probleme findet durch diese Verläufe Unterstützung.

Die bezüglich des Trinkverhaltens Gebesserten sind nicht als normal Trinkende zu betrachten, jeder von ihnen trinkt regelmäßig oder episodisch in pathologischem Ausmaß. Am ehesten läßt sich ihr Trinkverhalten als "kontrollierter Alkoholmißbrauch" charakterisieren. Sicher sind die oben genannten Kriterien recht streng, nach ihnen würden viele Menschen, die zur Zeit und vielleicht auch in Zukunft nicht als Alkoholiker diagnostiziert werden würden, nicht als normal trinkend eingestuft. Selbstschädigendes Verhalten kann aber nicht deswegen als normal akzeptiert werden, weil es häufig und auch bei nicht klinisch Auffälligen auftritt. Außerdem ist bei behandelten Alkoholikern ein besonders strenger Maßstab anzulegen, schon um der zu erwartenden Tendenz zur Dissimulation im Interesse einer kritischen Erfolgsbeurteilung entgegenzuwirken.
Dem größeren Teil der Patienten, die schließlich eine weitere Entziehungskur brauchten, war eine Langzeitbehandlung schon vor dem Aufenthalt auf der Suchtstation empfohlen worden, sie waren aber in der Mehrzahl nicht dazu bereit gewesen. Dies ist bei einem Vergleich der Behandlungsergebnisse mit denen der Fachkliniken zu berücksichtigen. Es handelt sich bei den Patienten der Suchtstation keinesfalls um eine besonders gut motivierte Auswahl von Patienten sondern vielfach um Alkoholiker, die zu einer langfristigen Behandlung noch nicht bereit sind. Diese Patienten sind nicht als völlig erfolglos behandelt zu betrachten. Die Behandlung auf der Suchtstation und die ambulante Weiterbehandlung sind darauf ausgerichtet, bei Patienten, bei denen es sich im weiteren Verlauf zeigt, daß diese Behandlung nicht ausreicht, eine Langzeitbehandlung anzustreben. Motivierung zu einer Lang-

zeitbehandlung bei Patienten, für die die kurzfristige Behandlung auf der Suchtstation nicht ausreichend ist, die aber für eine längerfristige Behandlung noch nicht motiviert sind, ist als Behandlungsziel zweiter Wahl zu betrachten.
Bei den Patienten, die wegen unzureichender Informationen als nicht zu ermitteln eingestuft wurden, gibt es Anhaltspunkte für ein günstiges Therapieergebnis, trotzdem erscheint diese Einstufung geboten, da im Interesse eines selbstkritischen Vorgehens strenge Maßstäbe an die Wertung als erfolgreich behandelt angelegt werden sollten.
Die übrigen Patienten (verstorbene, ungebessert oder verschlimmert trinkende) sowie die Patienten mit einer neuen Sucht sind als erfolglos behandelt zu betrachten. Das Behandlungsergebnis liegt also mit 30% erfolgreich Behandelten im Rahmen des Üblichen (Faustregel von je einem Drittel Abstinenten, gebesserten und erfolglos Behandelten, gutes bis mittelmäßiges Ergebnis nach COSTELLO, s.o.). Eine weitergehende vergleichende Wertung ist aus den oben genannten Gründen nicht möglich. Die zeitliche Entwicklung der Rückfälligkeitsquote entspricht den Angaben in der einschlägigen Literatur. Die Mehrzahl der Rückfälle erfolgte während der ambulanten Therapie, ein kleiner Anstieg ergab sich im ersten Monat nach der Beendigung der ambulanten Behandlung; nach 18 Monaten ergab sich eine asymptotische Näherung an 68% Rückfällige.

Bezüglich der Situation beim Interview, der Informationsquellen und der Vollständigkeit der Angaben ergaben sich erhebliche Unterschiede. Derartige Abweichungen vom Prin-

zip standardisierter Erhebungsbedingungen erschwerden die Verwertbarkeit der Ergebnisse, andererseits kann ein flexibles Eingehen auf unterschiedliche Situationen den Verlauf des Interviews günstig beeinflußen und damit zu offeneren Aussagen der Patienten führen.
Wünschenswert ist sicher, Patienten und Angehörige getrennt voneinander zu interviewen, bei einem gemeinsamen Interview ist zu befürchten, daß Angehörige eines rückfälligen Patienten in dessen Gegenwart nicht wagen, seiner Leugnung zu widersprechen. Es findet sich auch bei den Angaben zum Trinkverhalten die größte Übereinstimmung bei Paaren, die gemeinsam interviewt wurden, die kleinste bei den getrennt interviewten. Möglicherweise interferieren hier aber auch andere Faktoren (geringere Leungungstendenz in Anwesenheit des Partners aus Angst vor dessen Widerspruch, Beziehung zwischen Therapieergebnis und dem Ausmaß der Präsenz des Partners und anderes mehr).
Die Entscheidung, eine Einordnung in die Gruppen der erfolgreich behandelten nur vorzunehmen, wenn der Patient persönlich interviewt werden konnte und eine Bestätigung durch einen anderen Informanten vorlag, erwies sich als berechtigt, bei 15 der Patienten beruhte die Gesamteinstufung auf Angaben von Anderen, die denen des Patienten widersprachen, bei drei Patienten auf anderen Informationen, die sowohl den Angaben des Patienten als auch denen der Angehörigen widersprachen; offensichtlich ist ein Teil der Angehörigen nicht weniger an Dissimulation und Leugnung interessiert als die Patienten.
Auch die Notwendigkeit, ausführlich über Alkoholkonsum und damit verbundene Auffälligkeiten zu sprechen, bestätigte sich, häufig fanden sich Hinweise auf inadäquaten

Alkoholkonsum nicht bei den Fragen nach dem Trinken sondern bei Fragen nach Führerscheinentzug und dergleichen, teilweise wurden Rückfälle auch nach anfänglichem Leugnen nachträglich bei der Frage nach Situationen, in denen Rückfallgefahr bestanden hatte, angegeben.
Diese Beobachtungen und die dargelegten Auswirkungen des Ausschlußes bestimmter Patienten von der Untersuchung und des Verzichts auf methodisch strenges Vorgehen unterstreichen die Notwendigkeit genauer Angaben über die Untersuchungsmethodik, da, wie oben gezeigt, ein ensprechendes Vorgehen bei der Untersuchung zu einer Verdoppelung der gefundenen Erfolgsquote führen kann.

7. Zusammenfassung:

Zur Methodik der Erfolgsbeurteilung in der Alkoholismustherapie werden die Frage einer Kontrollgruppe, des retrospektiven Vorgehens sowie der Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen erötert. 96 Patienten, die im untersuchten Zeitraum auf der Suchtstation der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aufgenommen worden waren, werden beschrieben bezüglich Vorgeschichte und Zustand bei Beginn der Therapie, Therapie und Zustand bei der Nachuntersuchung zwei Jahre nach Abschluß der stationären Behandlung. Das Vorgehen bei Untersuchung und Auswertung wird diskutiert und beschrieben. Statistische Beziehungen zwischen verschiedenen ausgewählten Variablen werden angegeben.
Als erfolgreich behandelt werden gewertet die Abstinenten, deren Zustand im übrigen zufriedenstellen ist (17) und die Abstinenten, bei denen sich Zeichen für Symptomverschiebung und Verschlechterung in anderen Lebensbereichen fanden (zwölf), zusammen 29 Patienten. Die Patienten mit späterer weiterer Entziehungskur (22) sind als teilweise erfolgreich behandelt zu betrachten, weil sie vor der Behandlung zum größten Teil für eine Langzeitkur noch nicht motiviert waren, ebenso ist eine Besserung des Trinkens und Abstinenz nach schwerem Rückfall (sechs) als Teilerfolg zu betrachten. Das Behandlungsergebnis der Suchtstation liegt somit im untersuchten Zeitraum im Rahmen dessen, was sich in der einschlägigen Literatur als üblich herauskristallisiert hat.
Die Mehrzahl der Rückfälle erfolgte während der ambulanten Therapie, 18 Monate nach Beendigung der stationären Therapie kam es nur noch zu wenigen Rückfällen, eine Katamnesen-

dauer von zwei Jahren nach Abschluß der stationären Behandlung erscheint somit als sinnvoller Kompromiß zwischen dem Erfordernis langer Katamnesen und dem Wunsch nach rascher Rückmeldung für die Institution.
Bei zwei Patienten kam es zu einer Suchtverlagerung, bei elf zu einer Symptomverschiebung, die Notwendigkeit, bei Nachuntersuchungen nicht nur das Trinkverhalten sondern auch andere Lebensbereiche zu erfassen, wird damit unterstrichen.
Ein gutes Behandlungsergebnis fand sich bei Patienten, die 30 bis 39 Jahre alt waren, die nicht unter dem Druck von Angehörigen zur Behandlung gekommen waren, deren Angehörige aber häufig an der Angehörigengruppe teilnahmen, ferner allgemein bei den Patienten, deren Angehörige häufig an der Angehörigengruppe teilnahmen, die nach der stationären Behandlung häufig Kontakt mit Mitpatienten hatten, die die stationäre Behandlung regulär beendeten und die sich an der ambulanten Behandlung gut beteiligten.
Ein schlechtes Therapieergebnis fand sich bei Arbeitslosen, bei Patienten mit bedrohtem Arbeitsplatz und sonstigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, sowie bei Patienten, die während der stationären Behandlung Distraneurin erhalten hatten oder rückfällig geworden waren.
Zwischen den verschiedenen stationären und ambulanten Patientengruppen fanden sich im Behandlungsergebnis erhebliche Unterschiede. Positive und negative Trends ohne statistische Signifikanz auf dem 5-%-Niveau fanden sich bei zahlreichen Merkmalen der Patienten und ihrer Therapie. Die Interpretation dieser Zusammenhänge muß in der vorliegenden Arbeit hypothetisch bleiben, es handelt sich offensichtlich um eine Interaktion von prognostisch wirksamen Faktoren von Seiten der Patienten und von therapeutischen

Faktoren. Die Befunde sprechen dafür, besondere Risikogruppen noch genauer als bisher zu beobachten.
Die Beteiligung von Patienten, die in unmittelbarer Nähe der Klinik wohnten, an der ambulanten Behandlung war auffallend schlecht; auffallend gut war die Beteiligung der am entferntesten wohnenden.
Die Dissimulations- und Leugnungstendenz zahlreicher Patienten unterstreicht die Notwendigkeit, sich nicht nur auf Angaben von Patienten zu stützen. Die vorliegenden Befunde bestätigen, daß es bei unterschiedlichem Vorgehen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen einer Nachuntersuchung kommen kann. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines präzisen und selbstkritischen Vorgehens bei der Untersuchung und großer Vorsicht beim Vergleich von Untersuchungsergebnissen.

8. Literaturverzeichnis:

1) ANTONS, K.: Zur Frage des Abbaus der Persönlichkeit bei chronischem Alkoholabusus. Diss. Freiburg 1970.

2) ANTONS, K. und SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1, 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe 1976.

3) ANTONS, K. und SCHULZ W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 2, 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe 1977.

4) ARMOR, D.J., POLICH, J.M. und STAMBUL, H.B.: Alcoholism and Treatment. 1. Aufl. Santa Monica: Rand Corporation 1976.

5) BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. und SHANAHAN, T.J.: Correlates of Patient Attrition in the outpatient Treatment of Alcoholism. J.Nerv.Ment.Dis. 157, 99 - 107 (1973).

6) BAER, M.: Ein-Jahres-Katamnesen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten, Diss. Tübingen noch unveröffentlicht.

7) BAILEY, M.B. and STEWART, J.: Normal Drinking by Persons Reporting Previous Problem Drinking. Quart.J.Stud.Alcohol 28, 305 - 315 (1967).

8) BARR, H.L.: How Can We Compare the Effectiveness of Different Programs and Modalities? Am.J. Drug Alcohol Abuse 3, 103 - 110 (1976).

9) BINIEK, E.M.: Ein gemeindenahes Behandlungsprogramm für alkoholkranke Männer und Frauen. In: Schrappe, O. (Hg): Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigen. 1. Aufl. Stuttgart: Fischer 1983.

10) BOEHME, K. und PILTZ, E.: Ist die Disulfiram-Behandlung heute noch sinnvoll? Dtsch.Med.Wochenschr. 99, 1492 - 1496 (1974).

11) BOLMAN, W.M.: Abstinence Versus Permissiveness in the Psychotherapy of Alcoholism, Arch.Gen. Psychiatry 12, 456 - 463 (1965).

12) BOWMAN, R.S., STEIN, L.I. and NEWTON, J.R.: Measurement and Interpretation of Drinking Behavior, J.Stud.Alcohol 36, 1154 - 1172 (1975).

13) BRÄUTIGAM, W. und CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin, 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1981.

14) BRAKHOFF, J. und SCHMIDTOBREICK, B.: Suchtkranke Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland, Suchtgefahren 28, 38 - 41 (1982).

15) CATTELL, R.B.: Multivariate Behavioral Research and the Integrative Challenge, Multivariate Behav.Res. 1, 4 - 23 (1966).

16) COSPER, R.: Interviewer Bias in a Study of Drinking Practices, Quart.J.Stud.Alcohol 30, 152 - 157 (1969).

17) COSTELLO, R.M.: (a) Alcoholism Treatment and Evaluation: In Search of Methods. Int.J. Addict. 10, 251 - 275 (1975).

18) COSTELLO, R.M.: (b) Alcoholism Treatment and Evaluation: In Search of Methods. II. Collation of Two-Year-Follow-Up-Studies. Int.J.Addict. 10, 857 - 867 (1975).

19) CRAWFORD, J.C. and CHALUPSKY, A.B.: The Reported Evaluation of Alcoholism Treatments, 1968 - 1971: A Methodological Review. Addict. Behav. 2, 63 - 74 (1977).

20) CREMERIUS, J.: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. 1. Aufl. Berlin: Springer 1962.

21) CURLEE, J.: Alcoholic Blackouts. Quart.J.Stud.Alcohol 34, 409 - 413 (1973).

22) DAVIES, D.L., SHEPHERD, M. and MYERS, E.: The Two-Years' Prognosis of 50 Alcohol Addicts after Treatment in Hospital, Quart.J. Stud. Alcohol 17, 485 - 502 (1956).

23) EMRICK, C.D.: Psychological Treatment of Alcoholism: An Analytic Review. Columbia University, Ph.D. 1973.

24) EMRICK, C.D.: A Review of Psychologically Oriented Treatment of Alcoholism, Quart.J.Stud. Alcohol 35, 523 - 549 (1974).

25) EMRICK, C.D.: Nr. 1151 der Review of Books and Other Documents, J.Stud. Alcohol 37, 1902 - 1907 (1976).

26) ENDS. E.J. and PAGE, C.W.: A Study of Three Types of Group Psychotherapy with Hospitalized Male Inebriates, Quart.J.Stud.Alcohol 18, 263 - 277 (1957).

27) FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1979.

28) FOSTER, F.M., Horn, J.L. and WANBERG, K.W.: Dimensions of Treatment Outcome, Quart.J.Stud.Alcohol 33, 1079 - 1098 (1972).

29) GERARD, D.L. and SAENGER, G.: Interval Between Intake and Follow-Up as a Factor in the Evalution of Patients with a Drinking Problem. Quart. J.Stud.Alcohol 20, 620 - 630 (1959).

30) GERARD, D.L. and SAENGER, G.: Out-Patient Treatment of Alcoholism, Repr. Toronto University 1969.

31) GERARD, D.L., SAENGER, G. and WILE, R.: The Abstinent Alcoholic, Arch.Gen.Psychiatry 6, 83 - 95 (1962).

32) GILLIS, L.S. and KEET, M.: Prognostic Factors and Treatment Results in Hospitalized Alcoholics, Quart.J.Stud.Alcohol 30, 426 - 437 (1969).

33) GLATT, M.M.: Treatment Results in an English Mental Hospital Alcoholic Unit, Acta Psychiat. Neurol.Scand. 37, 143 - 168 (1961).

34) GLATT, M.M.: The Question of Moderate Drinking Despite "Loss of Control", Br.J.Addict. 62, 267 - 274 (1967).

35) GLATT, M.M.: Reflections on the Efficiacy of Treatment of Alcoholism, J.Alcohol 8, 56 - 61 (1973).

36) GRUNER, W. und ESSER, R.: Die regionale Suchtkrankenversorgung an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik, Suchtgefahren 25, 29 - 36 (1979).

37) HILL, M.J. and BLANE, H.T.: Evaluation of Psychotherapy with Alcoholics, Quart.J.Stud.Alcohol 28, 76 - 104 (1967).

38) HYMAN, M.M.: Extended Family Ties among Alcoholics: A Neglected Area of Research, Quart.J. Stud.Alcohol 33, 513 - 516 (1972).

39) INTAGLIATA, J.: A Telephone Follow-Up Procedure for Increasing the Effectiveness of a Treatment Program for Alcoholics, J. Stud.Alcohol 37, 1330 - 1335 (1976).

40) JACOBSON, N.O. and SILFVERSKIÖLD, N.P.: A Controlled Study of a Hypnotic Method in the Treatment of Alcoholism, with Evaluation by Objective Criteria, Br.J.Addict. 68, 25 - 31 (1973).

41) JELLINEK, E.M.: Phases of Alcohol Addiction, Quart.J. Stud.Alcohol 13, 673 - 684 (1952).

42) JELLINEK, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism, 5. Aufl. New Haven: College and University Press 1972.

43) JELLINGER, K.: Die ambulante Weiterbehandlung Alkoholkranker in: Kryspin-Exner, K.: Theorie und Praxis der Therapie der Alkohol-Abhängigkeit, 1. Aufl. Wien: Verlag Brüder Hollinek 1969.

44) KELLER, M.: On the Loss-of-Control-Phenomenon in Alcoholism, Br.J.Addict. 67, 153 - 166 (1972).

45) KENDELL, R.E. and STATON, M.C.: The Fate of Untreated Alcoholics, Quart.J.Stud.Alcohol 27, 30 - 41 (1966).

46) KEUERLEBER, R.: Zwei-Jahres-Katamnesen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten. Diss. Tübingen 1984.

47) KRYSPIN-EXNER, K.: Behandlung des Alkoholismus, Nervenarzt 50, 277 - 285 (1979).

48) LIPP, R.: Fünf-Jahres-Katamnesen an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen behandelter alkoholkranker Patienten. Diss. Tübingen noch unveröffentlicht.

49) LUDWIG, A.M. and WIKLER, A.: "Craving" and Relapse to Drink, Quart.J.Stud.Alcohol 35, 108 - 130 (19

50) MARCONI, J.: Scientific Theory and Operational Definitions in Psychopathology. Quart.J.Stud. Alcohol 28, 631 - 640 (1967).

51) MAY, S.J. and KULLER, L.H.: Methodological Approaches in the Evaluation of Alcoholism Treatment: A Critical Review, Prev.Med. 4, 464 - 481 (1975).

52) MAYER, J., NEEDHAM, M.A. and MYERSON, D.J.: Contact and Initial Attendence at an Alcoholim Clinic, Quart.J.Stud.Alcohol 26, 480 - 485 (1965).

53) MC CANCE, C. and MC CANCE, P.F.: Alcoholism in North-East Scotland: Its Treatment and Outcome, Br.J.Psychiatry 115, 189 - 198 (1969).

54) MERKEL, C.M.: Gruppendynamische Konvergenztherapie bei Alkoholkranken, 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1976.

55) MILLER, B.A., POKORNY, A.D., VALLES, J. and CLEVELAND, S.E.: Biased Sampling in Alcoholism Treatment Research, Quart.J.Stud.Alcohol 31, 97 - 107 (1970).

56) MILLER. W.R. and CADDY, G.R.: Abstinence and Controlled Drinking in the Treatment of Problem Drinkers, J.Stud.Alcohol 38, 986 - 1003 (1977).

57) MOORE, R.A.: The Problem of Abstinence by the Patient as a Requisite for the Psychotherapy of Alcoholism. I. The Need for Abstinence by the Alcoholic Patient during Treatment, Quart.J.Stud.Alcohol 23, 105 - 111 (1962).

58) MOOS, R. and BLISS, F.: Difficulty of Follow-Up and Outcome of Alcoholism Treatment, J.Stud.Alcohol 39, 473 - 490 (1978).

59) MULFORD, H.A.: Stages in the Alcoholic Process, J. Stud.Alcohol 38, 563 - 583 (1977).

60) MULFORD, H.A. and MILLER, D.E.: Drinking in Iowa. I. Sociocultural Distribution of Drinkers, Quart.J.Stud.Alcohol 20, 704 - 726 (1959).

61) NEGRETE, J.C.: Cultural Influences on Social Performance of Alcoholics, Quart.J.Stud. Alcohol 34, 905 - 916 (1973).

62) NEUMANN, C.P. and TAMERIN, J.S.: The Treatment of Adult Alcoholics and Teen-Age Drug Addicts in One Hospital, Quart.J.Stud. Alcohol 32, 82 - 93 (1971).

63) PARK, P. and WHITEHEAD, P.C.: Developmental Sequence and Dimensions of Alcoholism, Quart.J.Stud. Alcohol 34, 887 - 904 (1973).

64) PATTISON, E.M.: A Critique of Alcoholism Treatment Concepts, Quart.J.Stud.Alcohol 27, 49 - 71 (1966).

65) PATTISON, E.M., COE, R. and RHODES, R.J.: Evaluation of Alcoholism Treatment. A Comparison of Three Facilities, Arch.Gen.Psychiatry 20, 478 - 488 (1969).

66) PATTISON, E.M., HEADLEY, E.B., GLESER, G.C. and GOTTSCHALK, L.A.: Abstinence and Normal Drinking, Quart.J.Stud.Alcohol 29, 610 - 633 (1968).

67) POKORNY, A.D., MILLER, B.A. and CLEVELAND, S.E.: Response to Treatment of Alcoholism, Quart.J.Stud.Alcohol 29, 364 - 381 (1968).

68) RIETH, E.: Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren, Suchtgefahren 23, 137 - 146 (1977).

69) RITSON, B.: The Prognosis of Alcohol Addicts Treated by a Spezialized Unit, Br.J.Psychiatry 114, 1019 - 1029 (1968).

70) SANDMANN, D. und SCHAPER, G.: Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V. vom 7. bis 10. Oktober 1975 in Bielefeld, Suchtgefahren 22, 70 - 74 (1976).

71) SCHUCKIT, M.A. and CAHALAN, D.: Evaluation of Alcoholism Treatment Programs. In: Filstead, W.J. Rossi, J.J. and Keller, M.: Alcohol and Alcohol Problems; New Thinking and New Directions, 1. Aufl. Cambridge: Ballinger 1976.

72) SMART, R.G.: Employed Alcoholics Treated Voluntarily and under Constructive Coercion, Quart.J. Stud.Alcohol 35, 196 - 209 (1974).

73) SMITH, J.A.: Normal Drinking in Recovered Alcohol Addicts, Comment on the Article by D.L. Davies, Quart.J.Stud.Alcohol 24, 323 - 324 (1963).

74) SOLMS, H.: Die Ausbreitung des Alkoholkonsums und des Alkoholismus. In: Steinbrecher, W. und Solms, H. (Hg.). Sucht und Mißbrauch, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1975.

75) STEIN. L.I., NILES, D. and LUDWIG, A.M.: The Loss of Control Phenomenon in Alcoholics, Quart. J.Stud.Alcohol 29, 598 - 602 (1968).

76) THALER, H.: Voraussetzungen für den alkoholischen Leberschaden, Therap.Wo. 27, 6580 - 6587 (1977).

77) WAGNER, H.-J.: Mißbrauch und Sucht im Hinblick auf die Arbeits- und Verkehrssicherheit. In: Steinbrecher, W. und Solms, H. (Hg.): Sucht und Mißbrauch, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1975.

78) WALLERSTEIN, R.S., CHOTLOS, J.W., FRIEND, M.B. HAMMERSLEY, D.W., PERLSWIG, E.A. and WINSHIP, G.M.: Hospital Treatment of Alcoholism, 1. Aufl. New York: Basic Books 1957.

79) WATZL, H.: Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten, Suchtgefahren 25, 37 - 38 (1979).

80) WATZL, H. und OLBRICH, R.: Kontrolliertes Trinken in der Behandlung des Alkoholismus, Psychiat.Prax. 3, 204 - 213 (1976).

81) WIESER, S.: Alkoholismus III: Katamnesen und Prognose, Fortschr.Neurol.Psychiatr. 34, 565 - 588 (1966).

82) WIESER, S.: Psychotherapie und Sozialtherapie des Alkoholismus. In: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, M. und Strömgren, E. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart Bd. II/2, 2. Aufl. Berlin: Springer 1972.

83) WIESER, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen, 1.Aufl. Herford: Nicolaische Verlagsbuchhandlung 1973.

84) WIESER, S. und KUNAD, E.: Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern, Nervenarzt 36, 477 - 483 (1965).

85) ZAPOTOCZKY, H.G.: Das Problem des Rückfalls. In: Kryspin-Exner, K. (Hg.): Theorie

und Praxis der Therapie der Alkohol-Abhängigkeit, 1. Aufl. Wien: Verlag Brüder Hollinek 1969.

9. Anhang:

9.1. Fragebogen:

1) Was war für Sie nach der Kur eine besondere Hilfe (allgemein zurechtzukommen, abstinent zu bleiben usw.)?
2) Was war besonders erschwerend?
3) Was war nicht gut, was sollte man anders machen bei:
   a) Informationsgruppe?
   b) Therapiegruppe?
   c) Rollenspiel?
   d) Dreier- und Zweiergespräch?
   e) Ambulante Gruppe?
   f) Sonstiges?
4) Gab es besondere Ereignisse während Ihrer stationären Behandlung? Welche Wirkung haben diese auf Sie gehabt?
5) Auf welche Schwierigkeiten hätte die Klinik Sie besser vorbereiten müssen?
6) (Falls Abbruch während stationärer oder ambulanter Behandlung erfolgte)
   a) Was passierte in der Zeit, bevor Sie die Behandlung abbrachen?
   b) Was geschah dann (Folgen, Reaktionen auf den Abbruch, therapeutische Interventionen usw.)?
   c) Was hätte geschehen müssen, damit es nicht zum Abbruch gekommen wäre?
7) Waren Sie einmal nahe daran, die Behandlung abzubrechen?
   Wenn ja:

a) und b) wie bei Frage 6.
c) Wie kam es, daß Sie nicht abgebrochen haben?

8) Haben Sie Antabus eingenommen (Nie/nie, obwohl verordnet/nur im ersten Quartal nach der stationären Behandlung/zu sonstigen Zeitpunkten)?
9) Andere Kontakte mit der Suchtstation (Nein/ja)?
10) Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe (Nie/ein- bis zweimal/drei- bis viermal)?
11) Sonstige ambulante Alkoholikerbetreuung (z.B. Diakonische Bezirksstelle, Patientenklub, Anonyme Alkoholiker)?
12) Kontakte mit Mitpatienten nach der stationären Behandlung (nie/ein- bis fünfmal/häufiger)?
13) Anreise zur ambulanten Therapie (Auto, selbst gefahren/Auto, mit Mitpatienten/Auto, mit Sonstigen/öffentliche Verkehrsmittel/zu Fuß/Verschiedenes)?
14) Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie?
15) Verstanden die Mitarbeiter die Sorgen der Patienten richtig (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
16) Hatten Sie das Gefühl, die Mitarbeiter tun nur so eben ihre Arbeit, weil es ihr Beruf ist, und haben kein echtes Interesse an den Patienten (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
17) Boten die Mitarbeiter genügend Halt und Stütze (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
18) Sahen die Mitarbeiter auf die Patienten herab (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
19) War die stationäre Behandlung so gestaltet, daß

eine freundliche und angenehme Beziehung zu den Mitarbeitern entstand (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

20) War man nur eine Nummer, machten die Mitarbeiter mit den Patienten, was sie wollten (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

21) Sind Sie noch mit dem gleichen Ehepartner verheiratet wie zu Beginn der stationären Behandlung (Ja/nein); leben Sie zusammen (Ja/nein)?

22) Falls nein:
Ist es Ihnen recht, daß Sie geschieden sind bzw. getrennt leben (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

23) Hat Ihr Ehepartner vor oder überlegt er sich, sich von Ihnen zu trennen oder scheiden zu lassen (Ja/nein)?

24) Wenn ja:
Wäre Ihnen das recht (Ja/nein)?

25) Ist Ihre Ehe jetzt besser als vor der Kur (viel besser/etwas besser/gleich/etwas schlechter/viel schlechter)?

26) War Ihre Ehe vor der stationären Behandlung gestört (sehr/etwas/teil-teils/kaum/überhaupt nicht)?

27) Sind Sie zur Zeit arbeitslos (ja/nein)?

28) Wenn ja:
Hat bei Ihrer Entlassung das Trinken eine Rolle gespielt (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

29) Gegebenenfalls:
Wie sicher sind Sie sich, daß Sie ohne das Trinken inzwischen wieder Arbeit gefunden hätten (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

30) Ist Ihre derzeitige Arbeit fachlich schwieriger als die vor der stationären Behandlung (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
31) Ist Ihre derzeitige Arbeit ohne Tariferhöhungen besser bezahlt als die Arbeit vor der stationären Behandlung (viel besser/etwas besser/gleich/etwas schlechter/viel schlechter)?
32) Läuft es bei Ihrer Arbeit jetzt besser als vor der stationären Behandlung (viel besser/etwas besser/gleich/etwas schlechter/viel schlechter)?
33) Hatten Sie vor der stationären Behandlung Schwierigkeiten mit der Arbeit (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
34) Ist jetzt Ihre Stimmung und Zufriedenheit im großen und ganzen besser als vor der stationären Behandlung (viel besser/etwas besser/gleich/etwas schlechter/viel schlechter)?
35) War Ihre Stimmung und Zufriedenheit vor der stationären Behandlung im großen und ganzen gut (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?
36) Wann hat Ihnen zum letzten Mal jemand Vorhaltungen wegen des Trinkens gemacht? Was war damals geschehen?
37) Haben Sie jetzt mehr Freunde und gute Bekannte als vor der stationären Behandlung (viel mehr/etwas mehr/gleich viel/etwas weniger/ viel weniger)?
38) Sind Ihre Kontakte mit Menschen außerhalb Ihrer Familie besser als vor der stationären Behandlung (viel besser/etwas besser/gleich/etwas schlechter/viel schlechter)?
39) Waren Ihre Kontakte mit Menschen außerhalb Ihrer

Familie vor der stationären Behandlung insgesamt gut (sehr/etwas/teils-teils/kaum/überhaupt nicht)?

40) Wann haben Sie zum letzten Mal alkoholische Getränke zu sich genommen, auch wenn es nur eine kleine Menge war?

41) Waren Sie einmal nahe daran, rückfällig zu werden (Ja/nein)?

42) Wenn ja:
Wie kam es, daß Sie es geschafft haben, nicht rückfällig zu werden?

43) Waren Sie seit der stationären Behandlung in einer Klinik oder in einem Sanatorium (Ja/nein)?
Weswegen?

44) Hat man Ihnen den Führerschein entzogen (Ja/nein)?

45) Hatten Sie Schwierigkeiten mit der Polizei im Zusammenhang mit dem Trinken (Ja/nein)?

46) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?
In welcher Dosis?

47) Haben Sie seit der stationären Behandlung irgendeine Art von Rauschgift eingenommen (Ja/nein)?

48) Fällt Ihnen die Abstinenz bzw. das kontrollierte Trinken so schwer, daß Sie viel weniger Energie für andere Dinge haben und häufig schlecht aufgelegt sind (Sehr/etwas/teils/kaum/überhaupt nicht)?

49) Sind Sie im Vergleich mit der Zeit vor der stationären Behandlung häufiger oder seltener ärgerlich und streitlustig (viel häufiger/etwas häufiger/ gleich/etwas seltener/ viel seltener)?

50) Sind Sie im Vergleich mit der Zeit vor der stationären Behandlung häufiger oder seltener angespannt und nervös (viel häufiger/etwas häufiger/ gleich/ etwas seltener/viel seltener)?

51) Sind Sie im Vergleich mit der Zeit vor der statio-

nären Behandlung häufiger trübselig, in trauriger Stimmung, interesselos (viel häufiger/ etwas häufiger/ gleich/etwas seltener/ viel seltener)?

52) Sind Sie im Vergleich mit der Zeit vor der stationären Behandlung häufiger besorgt und beunruhigt (viel häufiger/etwas häufiger/gleich/ etwas seltener/viel seltener)?

53) Sind Sie im Vergleich mit der Zeit vor der stationären Behandlung häufiger schlechter Laune (viel häufiger/etwas häufiger/gleich/etwas seltener/viel seltener)?

54) Welche Krankheit oder welche körperlichen Beschwerden haben Sie, die Sie vor der stationären Behandlung noch nicht oder nicht so stark hatten?

55) (Ausführliche offene Fragen nach pathologischer Abhängigkeit von Personen oder Organisationen, nach Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Zwängen, Phobien, Depressionen, Entfremdungserlebnissen und dergleichen.)

56) Waren Sie seit der stationären Behandlung bei einer Beratungsstelle oder einem Nervenarzt (Ja/nein)?
(Folgende Fragen bei Patienten, die Alkoholkonsum seit Beendigung der stationären Behandlung angaben.)

57) Wann haben Sie zum ersten Mal nach der stationären Behandlung alkoholische Getränke eingenommen?

58) Wann haben Sie damit wieder aufgehört (innerhalb eines Tages/eines Monates/später)?

59) Wann haben Sie dann wieder getrunken ?
60) Analog zu Frage 57 - 59 für jeden weiteren Rückfall.
61) Wieviel haben Sie bei Ihrem Rückfall bzw. bei Ihren Rückfällen maximal getrunken (0,5 l Bier oder 0,25 l Wein oder 40 ml Schnaps/das Doppelte/das Drei- bis Vierfache/das Fünf- bis Sechsfache/mehr)?
62) Wann hatten Sie dann einen Kontrollverlust?
63) Haben Sie in der letzten Woche gegenüber der Zeit vor zwei Monaten mehr oder weniger getrunken (viel mehr/etwas mehr/gleich viel/etwas weniger/viel weniger)?
64) Wenn Sie morgens aufstehen oder sonstwie über acht Stunden keinen Alkohol getrunken haben, haben Sie dann Beschwerden wie Unruhe, Nervosität, Spannungsgefühl, Unwohlsein, Zittern (Ja/nein)?
Verschwindet das, wenn Sie Alkohol trinken (Ja/nein)?
65) Was und wieviel trinken Sie bei welcher Gelegenheit:
a) Abendessen
b) Mittagessen
c) nach dem Abendessen
d) zweites Frühstück
e) zwischendurch
66) Wenn Sie bei Feiern und dergleichen einmal etwas mehr trinken, wieviel trinken Sie dann?
67) Wenn Sie einmal zwei oder drei Flaschen Bier (bzw. Viertelliter Wein bzw. Glas Schnaps) getrunken haben, wie oft konnten Sie da nicht mehr

aufhören mit dem Trinken?

68) Hatten Sie seit der stationären Behandlung Schwierigkeiten mit Familie, Arbeit, Freunden, Nachbarn, Polizei oder dergleichen wegen des Trinkens (Ja/nein)?

69) Wann trinken Sie morgens zum ersten Mal? Was? Wieviel?

70) Wieviel trinken Sie im Höchstfall (0,5 l Bier, 0,25 l Wein oder 40 ml Schnaps/das Doppelte/ das Dreifache/das Vier- bis Fünffache/das Fünf- bis Sechsfache/mehr)?

71) Hatten Sie seit der stationären Behandlung Gedächtnislücken bei normaler Trinkmenge, Handgreiflichkeit beim Trinken, Delirien (Ja/nein)?

72) Wie oft trinken Sie morgens vor dem Frühstück?

73) Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? Wie häufig? In welcher Dosierung? Wie häufig zwischen sechs Stunden vor und sechs Stunden nach dem Konsum von alkoholischen Getränken?

74) Trinken Sie in den letzten sechs Monaten im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung mehr oder weniger (viel mehr/etwas mehr/gleich viel/etwas weniger/viel weniger)?

75) Haben Sie im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung häufiger oder seltener Schwierigkeiten wegen des Trinkens mit Familie, Arbeit und dergleichen (viel häufiger/etwas häufiger/ gleich häufig/etwas seltener/viel seltener)?

76) Trinken Sie in den letzten sechs Monaten im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung häufiger oder seltener mehr als vier Flaschen Bier oder vier Viertel Wein oder vier doppelte

Schnäpse (viel häufiger/etwas häufiger/gleich häufig/etwas seltener/viel seltener)?

77) Dauert es jetzt länger als vor der stationären Behandlung, bis Sie beim starken Trinken wieder aufhören (sehr/etwas/teils/kaum/überhaupt nicht)?

(Bei Patienten, die nach der stetionären Behandlung sich einer weiteren stationären Alkoholismustherapie unterzogen haben:)

78) Waren Sie schon vor der Behandlung auf der Suchtstation zu einer Langzeitbehandlung bereit (Ja/unklar/nein)?

79) Wurde Ihnen schon vor der Behandlung auf der Suchtstation eine Langzeitbehandlung empfohlen (Nein/ja/war schon geplant/war schon fest vereinbart, Behandlung auf der Suchtstation diente nur der Überbrückung)?

80) Hat die Universitäts-Nervenklinik bei der Einleitung der späteren stationären Alkoholismustherapie mitgewirkt (Nein/ja)?

81) Hat die Behandlung auf der Suchtstation die Motivation zur späteren weiteren Alkoholismustherapie verringert oder verstärkt (Verstärkt/kein Einfluß/verringert)?

(Bei verstorbenen Patienten:)

82) Wann ist der Patient verstorben?

83) Todesursache?

84) War der Patient in der Zeit zwischen der stationären Behandlung und seinem Tod total abstinent oder hat er alkoholische Getränke konsumiert (auch kleine Mengen) (Ja/nein)?

9.2. Tabellen:

Es wird die Zahl der Patienten mit der jeweiligen Ausprägung des Merkmals angegeben.

A 1. Alter: (N = 96)
20 - 63 Jahre
Mittelwert: 38 Jahre

20 - 29: 14 = 15 %
30 - 39: 42 = 44 %
40 - 49: 29 = 30 %
50 und darüber: 11 = 12 %

A 2. Geschlecht: (N = 96)

Weiblich: 26 = 27 %
Männlich: 70 = 73 %

A 3. Familienstand: (N = 96)

Verheiratet: 69 = 72 %
Ledig: 15 = 16 %
Verwitwet: 4 = 4 %
Geschieden: 8 = 8 %

A 4. Wohngemeinschaft: (N = 96)

Mit Ehepartner: 68 = 71 %
Mit Eltern: 14 = 15 %
Mit Sonstigen: 5 = 5 %
Alleine wohnend: 9 = 9 %

A 5. Nationalität: (N = 95)

Deutsch: 94 = 98 %
Nicht deutsch: 2 = 2 %

A 6. Geburtsort: (N = 95)

In Baden-Württemberg: 54 = 57 %
BRD und Westberlin ohne Baden-Württemberg: 13 = 14 %
Innerhalb der deutschen Grenzen von 1937 ohne
BRD und Westberlin: 15 : 16 %
Außerhalb der deutschen Grenzen von 1937: 13 = 14 %

A 7. Schulbildung: (N = 96)

Hochschulabschluß: 5 = 5 %
Abitur: 7 = 7 %
Mittlere Reife: 9 = 9 %
Höhere Schule ohne Abschluß: 7 = 7 %
Hauptschulabschluß: 65 = 68 %
Nichts davon: 3 = 3 %.

A 8. Alkoholrisikoberuf: (N = 96)

Nein: 57 = 59 %
Ungelernte Tätigkeit: 19 = 20 %
Spezieller Risikoberuf: 20 = 21 %

A 9. Beruflicher Abstieg (N = 96)

Nein: 76 = 79 %
Ja: 20 = 21 %

A 10. Arbeitslosigkeit: (N = 96)

Nein: 57 = 59 %
Drohend: 18 = 19 %
Ja: 21 = 22 %

A 11. Berufliche Beeinträchtigung: (N = 96)

Nein: 33 = 34 %
Ja: 63 = 66 %

A 12. Sonstige ungünstige ökonomische Umstände: (N = 96)

Nein: 71 = 74 %
Ja: 25 = 26 %

A 13. Führerscheinentzug: (N = 96)

Nein: 70 = 73 %
Ja: 26 = 27 %

A 14. Vorstrafen: (N = 96)

Nein: 84 = 88 %
Ja: 12 = 13 %

A 15. Alter bei Beginn des Alkoholismus: (N = 95)

15 - 51 Jahre
Mittelwert: 27 Jahre

15 - 19: 18 = 19 %
20 - 29: 41 = 42 %
30 - 39: 30 = 32 %
40 und darüber: 6 = 6 %

A 16. Kriterium für Beginn des Alkoholismus: (N = 95)

Warnung aus der Umgebung: 21 = 22 %
Kontrollverlust: 3 = 3 %
Morgendliches Zittern: 3 = 3 %
Sonstiges: 68 = 72 %

A 17. Dauer des Alkoholismus: (N = 95)

1 - 35 Jahre
Mittelwert: 11 Jahre

1 - 5: 28 = 30 %
6 - 10: 25 = 26 %
11 - 15: 19 = 20 %
16 - 20: 12 = 13 %
21 und darüber: 11 = 12 %

A 18. Bevorzugtes Getränk: (N = 95)

Bier, Wein, Most u. dgl.: 60 = 63 %
Unklar: 14 = 15 %
Spirituosen: 21 = 22 %

A 19. Alkoholkonsum kontinuierlich: (N = 95)

Nein: 11 = 12 %
Ja: 84 = 88 %

A 20. Trinksituation: (N = 95)

Vorwiegend gesellig: 16 = 17 %
Unklar: 43 = 45 %
Vorwiegend alleine: 36 = 38 %

A 21. Alkoholismustyp: (N = 96)

Gamma: 46 = 48 %
Delta: 13 = 14 %
Gamma-Delta-Mischtyp: 21 = 22 %
Sonstige und Unklassifizierte: 16 = 17 %

A 22. Morgendliches Zittern: (N = 96)

Nein: 13 = 14 %
Ja: 83 = 87 %

A 23. Kontrollverlust: (N = 96)

Nein: 36 = 38 %
Ja: 60 = 63 %

A 24. Delir: (N = 96)

Nein: 72 = 75 %
Ja: 24 = 25 %

A 25. Toleranzverlust: (N = 96)

Nein: 52 = 54 %
Ja: 44 = 46 %

A 26. Vorbehandlung: (N = 96)

Keine: 65 = 68 %
Abgeschlossene Entziehungskur: 4 = 4 %
Abgebrochene Entziehungskur: 4 = 4 %
Mehrere Entziehungskuren: 3 = 3 %
Sonstige stationäre Behandlung wegen Alkoholismus incl. der Komplikationen: 20 = 21 %

A 27. Sonstige psychiatrische Hopitalisation: (N = 96)

Nein: 83 = 87 %
Ja: 13 = 14 %

A 28. Mehrfachabhängigkeit: (N = 96)

Nein: 88 = 92 %
Ja: 8 = 8 %

A 29. Bereitschaft zur lebenslangen Abstinenz: (N = 95)

Nein: 10 = 11 %
Ja: 85 = 90 %

A 30. Erheblicher äußerer Druck: (N = 95)

Nein: 62 = 65 %
Familiär: 22 = 23 %
Beruflich : 8 = 8 %
Sonstiges: 4 = 4 %

A 31. Verhältnis familiärer Druck/ familiäre Unterstützung: (N = 89)

Familiärer Druck und häufige Teilnahme an der Angehörigengruppe: 8 = 9 %
Familiärer Druck und seltenere Teilnahme an der Angehörigengruppe: 5 = 6 %
Familiärer Druck und fehlende Teilnahme an der Angehörigengruppe: 8 = 9 %
Kein familiärer Druck und häufige Teilnahme an der Angehörigengruppe: 35 = 39 %
Kein familiärer Druck und seltenere Teilnahme an der Angehörigengruppe: 15 = 17 %
Kein familiärer Druck und fehlende Teilnahme an der Angehörigengruppe: 18 = 20 %

A 32. Primäre Motivation: (N = 96)

Nein: 91 = 95 %
Ja: 5 = 5 %

A 33. Aufnahmeanlaß: (N = 96)

Aufenthalt in der UNK: 19 = 20 %
Aufenthalt in anderer Klinik: 9 = 9 %
Sonstiger ärztlicher Rat: 26 = 27 %
Druck: 22 = 23 %
Sonstiges: 20 = 21 %

A 34. Anreise zur ambulanten Therapie: (N = 75)

Mit Auto (Pat. fährt selbst): 33 = 44 %
Mit Mitpatienten: 8 = 11 %
Mit Sonstigen: 11 = 15 %
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln: 11 = 15 %
Zu Fuß: 4 = 5 %
Verschieden: 8 = 11 %

A 35. Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie: (N = 81)

Keine: 43 = 53 %
Wenig gravierende: 19 = 24 %
Gravierende: 19 = 24 %

A 36. Entfernung des Wohnorts von der UNK: (N = 96)

1 - 330 km
Mittelwert: 21 km

bis 2 : 7 = 7 %
3 - 9 : 15 = 16 %
10 - 19: 32 = 33 %
20 - 29: 28 = 29 %
30 und darüber: 14 = 15 %

B 1. Vollständigkeit der stationären Behandlung:
(N ≙ 96)

Ja: 81 = 84 %
Einvernehmliche Verkürzung: 6 = 6 %
Eigenmächtiger Abbruch: 6 = 6 %
Disziplinarische Entlassung: 3 = 3 %

B 2. Stationäre Gruppe - Größe: (N ≙ 96)

Gruppe 1: 12 = 13 %
Gruppe 2: 11 = 12 %
Gruppe 3: 11 = 12 %
Gruppe 4: 11 = 12 %
Gruppe 5: 11 = 12 %
Gruppe 6: 14 = 15 %
Gruppe 7: 12 = 13 %
Gruppe 8: 14 = 15 %

B 3. Zusammenfassung der stationären Gruppen:
(N = 96)

Gruppe 1 bis 4: 45 = 47 %
Gruppe 5 bis 8: 51 = 53 %

B 4. Komplikationen: (N = 96)

Nein: 94 = 98 %
Ja: 2 = 2 %

B 5. Distraneurin-Medikation: (N = 96)

Nein: 71 = 74 %
Ja: 25 = 26 %

B 6. Andere Psychopharmaka: (N = 96)

Nein: 70 = 73 %
Ja: 26 = 27 %

B 7. Rückfall während der stationären Behandlung: (N ≙ 96)

Nein: 89 = 93 %
Ja: 7 = 7 %

B 8. Sonstige Probleme: (N = 96)

Nein: 88 = 92 %
Ja: 8 = 8 %

B 9. Anzahl der bejahenden Antworten bei Variablen B 4. bis B 8. (Komplikationen, Distraneurin-Medikation, andere Psychopharmaka, Rückfall während der stationären Behandlung, sonstige Probleme): (N = 96)

0: 46 = 48 %
1: 37 = 39 %
2: 10 = 10 %
3: 2 = 2 %
4: 0 = 0 %
5: 1 = 1 %

B 10. Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe: (N = 92)

Nie: 29 = 32 %
Ein- bis zweimal: 20 = 22 %
Drei- bis viermal: 43 = 47 %

B 11. Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Gruppenzugehörigkeit: (N ≙ 88)

Nein: 81 = 92 %
Ja: 7 = 8 %

B 12. Ambulante Gruppe: (N ≙ 88)

Gruppe 1: 11 = 13 %
Gruppe 2: 10 = 11 %
Gruppe 3: 11 = 13 %
Gruppe 4: 13 = 15 %
Gruppe 5: 15 = 17 %
Gruppe 6: 5 = 6 %
Gruppe 7: 11 = 13 %
Gruppe 8: 12 = 14 %

B 13. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend ihrer Zusammenlegung untereinander: (N ≙ 88)

Gruppe 1: 11 = 13 %
Gruppe 2: 10 = 11 %
Gruppe 3: 11 = 13 %
Gruppen 4 und 8: 25 = 28 %
Gruppe 5: 15 = 17 %
Gruppen 6 und 7: 16 = 18 %

B 14. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend der Zeit des Beginns: (N ≙ 88)

Gruppen 1 bis 4: 45 = 51 %
Gruppen 5 bis 8: 43 = 49 %

B 15. Konstituierung der ambulanten Gruppen: (N = 88)

Neu begonnen, später durch neue Patienten aufgefüllt: 28 = 32 %
In bestehende Gruppe aufgenommen, später nicht aufgefüllt: 23 = 26 %
Ebenso, aber später ein Patient neu aufgenommen: 22 = 25 %
Ebenso, aber später mehr als ein Patient aufgenommen: 15 = 17 %

B 16. Zahl der obligatorischen Sitzungen: (N = 88)

25: 24 = 27 %
27: 21 = 23 %
48: 12 = 14 %
51: 15 = 17 %
52: 16 = 20 %

B 17. Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen: (N = 88)

33: 12 = 14 %
41: 2 = 2 %
42: 1 = 1 %
47: 1 = 1 %
49: 5 = 6 %
50: 26 = 30 %
51: 25 = 28 %
55: 16 = 18 %

B 18. Teilnahme an der ambulanten Gruppe: (bis Sitzung 42 N = 88, dann bis Sitzung 47 N = 87, dann 86, 74, 69, 43, 19, dann bis Stizung 55 N = 16)

Sitzung Nr.	Anwesend	Entschuldigt	Unentschuldigt fehlend
1	66 = 75 %	9 = 10 %	13 = 15 %
2	63 = 72 %	13 = 15 %	12 = 14 %
3	60 = 68 %	14 = 16 %	14 = 16 %
4	57 = 65 %	15 = 17 %	16 = 18 %
5	55 = 63 %	14 = 16 %	19 = 22 %
6	51 = 58 %	18 = 21 %	19 = 22 %
7	46 = 52 %	20 = 23 %	22 = 25 %
8	46 = 52 %	20 = 23 %	22 = 25 %
9	41 = 47 %	19 = 22 %	28 = 32 %
10	46 = 52 %	15 = 17 %	27 = 31 %
11	41 = 47 %	17 = 19 %	30 = 34 %
12	42 = 48 %	16 = 18 %	30 = 34 %
13	40 = 46 %	15 = 17 %	33 = 38 %
14	39 = 44 %	19 = 22 %	30 = 34 %
15	41 = 47 %	13 = 15 %	34 = 39 %
16	37 = 42 %	16 = 18 %	35 = 40 %
17	38 = 43 %	14 = 15 %	36 = 41 %
18	31 = 35 %	16 = 18 %	41 = 47 %
19	29 = 33 %	19 = 22 %	40 = 46 %
20	32 = 36 %	16 = 18 %	40 = 46 %
21	33 = 38 %	17 = 19 %	38 = 43 %
22	33 = 38 %	20 = 23 %	35 = 40 %
23	33 = 38 %	21 = 24 %	34 = 39 %
24	32 = 36 %	21 = 24 %	35 = 40 %
25	33 = 34 %	20 = 23 %	38 = 43 %
26	25 = 28 %	21 = 24 %	42 = 48 %

27	27 = 31 %	23 = 26 %	38 = 43 %
28	27 = 31 %	20 = 23 %	41 = 47 %
29	25 = 28 %	21 = 24 %	42 = 48 %
30	29 = 33 %	20 = 23 %	39 = 44 %
31	25 = 28 %	23 = 26 %	40 = 46 %
32	24 = 27 %	21 = 24 %	43 = 49 %
33	24 = 27 %	20 = 23 %	44 = 50 %
34	25 = 28 %	22 = 25 %	41 = 47 %
35	25 = 28 %	19 = 22 %	44 = 50 %
36	25 = 28 %	20 = 23 %	43 = 49 %
37	26 = 30 %	19 = 22 %	43 = 49 %
38	24 = 27 %	22 = 25 %	42 = 48 %
39	20 = 23 %	25 = 28 %	43 = 49 %
40	21 = 24 %	20 = 23 %	47 = 53 %
41	18 = 21 %	25 = 28 %	45 = 51 %
42	22 = 25 %	22 = 25 %	44 = 50 %
43	19 = 22 %	25 = 29 %	43 = 49 %
44	20 = 23 %	20 = 23 %	47 = 54 %
45	17 = 20 %	23 = 26 %	47 = 54 %
46	21 = 24 %	19 = 22 %	47 = 54 %
47	24 = 28 %	20 = 23 %	43 = 49 %
48	19 = 22 %	21 = 24 %	46 = 54 %
49	18 = 24 %	21 = 28 %	35 = 47 %
50	17 = 25 %	19 = 28 %	33 = 48 %
51	13 = 30 %	11 = 26 %	19 = 44 %
52	2 = 11 %	5 = 26 %	12 = 63 %
53	0 = 0 %	7 = 44 %	9 = 52 %
54	4 = 25 %	4 = 25 %	8 = 50 %
56	1 = 6 %	7 = 44 %	8 = 50 %

B 19. Zahl der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat: (N = 88)

0 - 51
Mittelwert: 19

0 : 11 = 13 %
1 - 5: 15 = 17 %
6 - 15: 20 = 23 %
16 - 25: 14 = 16 %
26 - 35: 9 = 10 %
36 - 45: 7 = 8 %
46 u. darüber: 12 = 14 %

B 20. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat: (N ≙ 88)

0 - 55
Mittelwert: 11

0 : 18 = 21 %
1 - 5: 34 = 39 %
6 - 15: 19 = 22 %
16 - 25: 3 = 3 %
26 - 35: 3 = 3 %
36 - 45: 1 = 1 %
46 u. darüber: 10 = 11 %

B 21. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat:

0 - 55
Mittelwert: 21

0 : 19 = 22 %
1 - 5: 15 = 17 %
6 - 15: 6 = 7 %
16 - 25: 10 = 11 %
26 - 35: 9 = 10 %
36 - 45: 14 = 16 %
46 u. darüber: 15 = 17 %

B 22. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat (B 19.) an der Zahl der obligatorischen Sitzungen (B 16.): (N ≙ 88)

Bis ein Viertel:	36 = 41 %
Darüber bis die Hälfte:	17 = 19 %
Darüber bis drei Viertel:	6 = 7 %
Darüber bis Gesamtzahl:	19 = 22 %
Darüber:	10 = 11 %

B 23. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat (B 20.) an der Zahl der obligatorischen Sitzungen (B 16.): (N = 88)

Bis ein Viertel:	66 = 75 %
Darüber bis die Hälfte:	6 = 7 %
Darüber bis dre Viertel:	1 = 1 %
Darüber bis Gesamtzahl:	8 = 9 %
Darüber:	7 = 8 %

B 24. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat (B 21.) an der Zahl der obligatorischen Sitzungen (B 16.): N ≙ 88)

Bis ein Viertel:	37 ≙	42 %
Darüber bis die Hälfte:	8 =	9 %
Darüber bis drei Viertel:	11 =	13 %
Darüber bis Gesamtzahl:	15 =	17 %
Darüber:	17 =	19 %

B 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat (B 19.) an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.): (N = 88)

Bis ein Viertel:	43 =	49 %
Darüber bis die Hälfte:	14 =	15 %
Darüber bis drei Viertel:	10 =	11 %
Darüber :	21 =	24 %

B 26. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat (B 20.), an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.): (N ≙ 88)

Bis ein Viertel:	70 =	80 %
Darüber bis die Hälfte:	3 =	3 %
Darüber bis drei Viertel:	5 =	6 %
Darüber:	10 =	11 %

B 27. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat (B 21.), an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen (B 17.): (N = 88)

Bis ein Viertel:	39 = 44 %
Darüber bis die Hälfte:	9 = 10 %
Darüber bis drei Viertel:	14 = 16 %
Darüber:	26 = 30 %

B 28. Beteiligungsscore 1: Erste sechs ambulante Sitzungen (Summe aus anwesend = 1, entschuldigt fehlend = 2, unentschuldigt fehlend = 3): (N ≙ 88)

6 - 18
Mittelwert: 9,1

6 - 7:	42 = 48 %
8 - 9:	17 = 19 %
10 - 17:	23 = 26 %
18:	6 = 7 %

B 29. Beteiligungsscore 2: Letzte sechs ambulante Sitzungen vor der Mitte der obligatorischen ambulanten Behandlungsdauer (Bewertung wie B 28.): (N ≙ 88)

6 - 18
Mittelwert 11,7

6 - 7:	27 = 31 %
8 - 9:	8 = 9 %
10 - 17:	28 = 32 %
18:	25 = 28 %

B 30. Beteiligungsscore 3: Letzte sechs ambulante Sitzungen vor Dreiviertel der obligatorischen ambulanten Behandlungsdauer (Bewertung wie B 28.): (N = 88)

6 - 18
Mittelwert: 13,1

6 - 7: 16 = 18 %
8 - 9: 8 = 9 %
10 - 17: 32 = 36 %
18: 32 = 36 %

B 31. Beteiligungsscore 4: Letzte sechs tatsächlich abgehaltene ambulante Sitzungen (Bewertung wie B 28.): (N ≙ 88)

6 - 18
Mittelwert: 13,6

6 - 7: 14 = 16 %
8 - 9: 6 = 7 %
10 - 17: 28 = 32 %
18: 40 = 46 %

B 32. Beteiligungs-Profil: (N ≙ 88)

Beginn (B 28.):	9,1
Mitte (B 29.):	11,7
Dreiviertel (B 30.):	13,1
Ende (B 31.):	13,6

B 33. Antabus: (N = 91)

Nicht verordnet, nicht eingenommen:	51 = 56 %
Verordnet, aber nicht eingenommen:	9 = 10 %
Nur im ersten Quartal nach der Kur eingenommen:	17 = 19 %
Sonst nach der Kur eingenommen:	14 = 15 %

B 34. Kontakt mit der Suchtstation nach der Kur: (N = 88)

Nein:	53 = 60 %
Ja:	35 = 40 %

B 35. Kontakt mit Mitpatienten nach der Kur: (N = 89)

Nein:	25 = 28 %
Ein- bis fünfmal:	22 = 25 %
Häufiger:	42 = 47 %

B 36. Fortsetzung der ambulanten Gruppentherapie für mindestens einen Monat nach dem ersten Rückfall: (N = 92)

Nein:	44 = 48 %
Ja:	18 = 20 %
Entfällt, kein Rückfall:	30 = 33 %

B 37. Wiederaufnahme auf der Suchtstation nach Rückfall: (N = 95)

Nein:	54 = 57 %

Einmal: 7 = 7 %
Mehrfach: 4 = 4 %
Entfällt, kein Rückfall: 30 = 32 %

B 38. Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach der Kur: (N = 85)

Nein: 72 = 85 %
Ambulant: 9 = 11 %
Stationär (incl. ambulant und stationär): 4 = 5 %

B 39. Andere ambulante Alkoholiker-Betreuung nach der Kur: (N = 90)

Nein: 52 = 58 %
Geringfügig: 21 = 23 %
Intensiv: 17 = 19 %

C 1. Konsum anderer Suchtmittel nach der Kur: (N = 63)

Nein: 44 = 70 %
Abhängigkeit erzeugende Medikamente in therapeutischer Dosis: 17 27 %
Abhängigkeit erzeugende Medikamente in höherer Dosis: 1 = 2 %
Illegale Drogen: 1 = 2 %

C 2. Symptomverschiebumg somatisch: (N = 35)

Nein: 28 = 80 %
Ja: 7 = 20 %

C 3. Symptomverschiebung psychisch: (N = 35)

Nein: 28 = 80 %
Ja: 7 = 20 %

C 4. Symptomverschiebung somatisch und/oder psychisch: (N = 35)

Nein: 24 = 69 %
Ja: 11 = 31 %

C 5. Sonstige Verschlechterung: (N = 35)

Nein: 30 = 86 %
Ja: 5 = 14 %

C 6. Zeitpunkt des ersten Rückfalls: (N ≙ 91)

Entfällt, kein Rückfall:	30	33 %
Innerhalb von einem Monat:	24	26 %
Später bis drei Monate:	6	7 %
Später bis sechs Monate:	12	13 %
Später bis zwölf Monate:	7	8 %
Später bis 18 Monate:	8	9 %
Später:	4	4 %

C 7. Verhältnis erster Rückfall/ambulante Therapie: (N = 82)

Entfällt, kein Rückfall:	30	37 %
Während der ambulanten Therapie:	30	37 %
Später bis ein Monat nach Beendigung:	5	6 %
Später bis drei Monate nach Beendigung:	2	2 %
Später bis sechs Monate nach Beendigung:	3	4 %
Später bis zwölf Monate nach Beendigung:	11	13 %
Später:	1	1 %

C 8. Ausmaß der Rückfälligkeit: (N = 72)

Kein Rückfall:	30	42 %
Ein Rückfall maximal ein Tag:	3	4 %
Ein Rückfall maximal ein Monat:	2	3 %
Mehr und/oder längere Rückfälle, aber seit mindestens sechs Monaten abstinent:	2	3 %
Zur Zeit trinkend:	35	49 %

C 9. Alkoholmenge: (N = 28)

Viel weniger:	12	= 43 %
Etwas weniger:	6	= 21 %
Gleich viel:	10	= 36 %
Etwas mehr:	0	= 0 %
Viel mehr:	0	= 0 %

C 10. Probleme im Zusammenhang mit Alkohol: (N = 28)

Viel weniger:	12	= 43 %
Etwas weniger:	6	= 21 %
Gleich viel:	6	= 21 %
Etwas mehr:	3	= 11 %
Viel mehr:	1	= 4 %

C 11. Häufigkeit der Trinkepisoden: (N = 28)

Viel weniger:	15	= 54 %
Etwas weniger:	4	= 14 %
Gleich viel:	9	= 32 %
Etwas mehr:	0	= 0 %
Viel mehr:	0	= 0 %

C 12. Führerscheinentzug seit der stationären Behandlung: (N = 66)

Nein:	62	= 94 %
Ja:	4	= 6 %

C 13. Sonstige rechtliche Probleme im Zusammenhang mit Alkohol: (N = 66)

Nein:	64	= 97 %
Ja:	2	= 3 %

C 14. Leugnung bezüglich Alkohol: (N ≙ 66)

Nein: 57 = 86 %
Ja: 9 = 14 %

C 15. Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Patienten: (N ≙ 64)

Abstinent:	34 = 53 %
Abstinent nach leichtem Rückfall:	4 = 6 %
Abstinent nach schwerem Rückfall:	4 = 6 %
Trinkend, aber gebessert:	11 = 17 %
Trinkend, nicht gebessert:	7 = 11 %
Trinkend, verschlechtert:	4 = 6 %

C 16. Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Kollateralinformanten: (N = 59)

Abstinent:	27 = 46 %
Abstinent nach leichtem Rückfall:	4 = 7 %
Abstinent nach schwerem Rückfall:	1 = 2 %
Trinkend, aber gebessert:	5 = 9 %
Trinkend, nicht gebessert:	13 = 22 %
Trinkend, verschlechtert:	9 = 15 %

C 17. Bereitschaft zur späteren weiteren Alkoholismustherapie: (N = 16)

Schon vor der Behandlung auf der Suchtstation dazu bereit: 6 = 38 %
Vor der Behandlung auf der Suchtstation nicht dazu bereit: 10 = 63 %

C 18. Bereitschaft zur späteren weiteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformant: (N = 10)

Schon vor der Behandlung auf der Suchtstation dazu bereit: 3 = 30 %
Vor der Behandlung auf der Suchtstation nicht dazu bereit: 7 = 70 %

C 19. Empfehlung einer Langzeittherapie vor der Behandlung auf der Suchtstation: (N = 16)

Nein:	7 = 44 %
Ja:	8 = 50 %
Ja, schon geplant:	0 = 0 %
Ja, schon fest vereinbart, Suchtstation nur zur Überbrückung:	1 = 6 %

C 20. Empfehlung einer Langzeittherapie vor der Behandlung auf der Suchtstation laut Kollateralinformanten: (N = 11)

Nein:	5 = 44 %
Ja:	4 = 36 %
Ja, schon geplant:	1 = 9 %
Ja, schon vereinbart, Suchtstation nur zur Überbrückung:	1 = 9 %

C 21. Mitwirkung der UNK bei der Einleitung der späteren Alkoholismustherapie: (N = 17)

Nein: 13 = 77 %
Ja: 4 = 24 %

C 22. Mitwirkung der UNK bei der Einleitung der späteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformanten: (N = 11)

Nein: 10 = 91 %
Ja: 1 = 9 %

C 23. Einfluß der Behandlung auf der Suchtstation auf die Motivation zur späteren Alkoholismustherapie: (N ≙ 16)

Verstärkt: 6 = 38 %
Kein Einfluß: 10 = 63 %
Verringert: 0 = 0 %

C 24. Einfluß der Behandlung auf der Suchtstation auf die Motivation zur späteren Alkoholismustherapie laut Kollateralinformanten: (N = 11)

Verstärkt: 6 = 55 %
Kein Einfluß: 5 = 45 %
Verringert: 0 = 0 %

C 25. Therapie-Ergebnis: (N = 96)

Abstinent, Zustand im übrigen zufriedenstellend: 17 = 18 %
Abstinent, Zustand im übrigen nicht zufriedenstellend: 12 = 13 %
Bezüglich Trinken gebessert oder abstinent nach schwerem Rückfall: 6 = 6 %
Spätere weitere Entziehungskur: 22 = 23 %
Verstorben: 4 = 4 %
Sonstige: 31 = 33 %
Nicht zu ermitteln: 4 = 4 %

D 1. Kollateralinformant: (N = 96)

Keiner:	32 = 33 %
Ehepartner, mit dem Patienten zusammenlebend:	49 = 51 %
Sonstige, mit dem Patienten zusammenlebend:	12 = 13 %
Mit dem Patienten nicht zusammenlebende Angehörige:	3 = 3 %

D 2. Ersatzinformation: (N = 96)

Keine:	62 = 65 %
Ehepartner, mit dem Patienten zusammenlebend:	3 = 3 %
Sonstige, mit dem Patienten zusammenlebend:	0 = 0 %
Mit dem Patienten nicht zusammenlebende Angehörige:	0 = 0 %
Akten der UNK:	8 = 8 %
Briefe des Patienten:	3 = 3 %
Sonstige:	20 = 21 %

D 3. Interviewsituation: (N = 96)

Patient und Kollateralinformant getrennt und ohne Intervall interviewt:	2 = 2 %
Ebenso mit Intervall:	31 = 32 %
Patient und Kollateralinformant getrennt interviewt, beim ersten Interview beide anwesend:	8 = 8 %

Patient und Kollateralinformant getrennt interviewt, beim zweiten Interview beide anwesend: 6 = 6 %

Patient und Kollateralinformant zusammen interviewt: 8 = 8 %

Ebenso, dabei Kollateralinformant nur pauschal befragt: 11 = 12 %

Andere Situation: 30 = 31 %

D 4. Störungen beim Interview: (N = 92)

Keine: 43 = 47 %

Angehörige anwesend: 29 = 32 %

Angehörige und/oder Sonstige anwesend: 9 = 10 %

Andere Störungen: 11 = 12 %

D 5. Probleme beim Interview: (N = 93)

Keine: 74 = 80 %

Patient lehnt Interview ab: 2 = 2 %

Patient lehnt Interview zunächst ab, stimmt später zu: 1 = 1 %

Patient lehnt Befragung des Kollateralinformanten ab: 6 = 7 %

Interview ist wegen Denkstörungen des Patienten nicht möglich: 10 = 11 %

D 6. Probleme, den Patienten aufzufinden: (N = 94)

Nein: 78 = 83 %

Ja: 16 = 17 %

D 7. Quelle für die Gesamteinstufung (C 25.):
(N = 96)

Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant übereinstimmend:	49 = 51 %
Referent im Widerspruch zu den übereinstimmenden Angaben von Patient und Kollateral- bzw. Ersatzinformant:	3 = 3 %
Patient im Widerspruch zu Kollateral bzw. Ersatzinformant:	3 = 3 %
Kollateral- bzw. Ersatzinformant im Widerspruch zum Patienten:	15 = 16 %
Patient alleine:	16 = 17 %
Referent im Widerspruch zum Patienten ohne Kollateralinformanten:	1 = 1 %
Sonstige:	9 = 9 %

Im Folgenden werden ausgewählte Variablen miteinander korreliert. Das "Therapieergebnis (C 25.)" wird dabei folgendermaßen zusammengefaßt: Gut (Abstinent, Zustand im übrigen zufriedenstellend; abstinent, Zustand im übrigen nicht zufriedenstellend), mäßig (Bezüglich Trinken gebessert oder abstinent nach schwerem Rückfall; spätere weitere Entziehungskur), schlecht (Verstorben, Sonstige).

A 1./C 25. Alter und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 1.	Alter				
	20 - 29	2	6	5	13
	30 - 39	20	7	14	41
	40 - 49	5	12	10	27
	50 u. darüber	2	3	6	11
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 4,0 %).

A 2./C 25. Geschlecht und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 2.	Geschlecht				
	Weiblich	8	9	7	24
	Männlich	21	19	28	68
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 3./C 25. Familienstand und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 3.	Familienstand				
	Verheiratet	22	19	25	66
	Ledig	2	7	6	15
	Verwitwet	3	0	1	4
	Geschieden	2	2	3	7
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 4./C 25. Wohngemeinschaft und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 4.	Wohngemeinschaft				
	Mit Ehepartner	22	18	25	65
	Mit Eltern	4	6	4	14
	Mit Sonstigen	3	1	1	5
	Alleine wohnend	0	3	5	8
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 5./C 25, Nationalität und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 5.	Nationalität				
	Deutsch	29	28	33	90
	Nicht deutsch	0	0	2	2
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 6./C 25. Geburtsort und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 6. Geburtsort				
In Baden-Württemberg	17	17	18	52
BRD und Westberlin ohne Baden-Württemberg	3	4	4	11
Innerhalb der deutschen Grenzen von 1937 ohne BRD und Westberlin	6	4	5	15
Außerhalb der deutschen Grenzen von 1937	3	3	8	13
Summe	29	27	35	91

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 7./C 25. Schulbildung und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 7. Schulbildung				
Hochschulabschluß, Abitur, Mittlere Reife	6	7	6	19
Höhere Schule ohne Abschluß	2	1	4	7
Hauptschulabschluß	21	19	23	63
Nichts davon	0	1	2	3
Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 8./C 25. Alkoholrisikoberuf und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 8. Alkoholrisikoberuf				
Nein	18	15	20	53
Ungelernte Tätigkeit	3	7	9	19
Spezieller Risikoberuf	8	6	6	20
Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 9./C 25. Beruflicher Abstieg und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 9. Beruflicher Abstieg				
Nein	24	21	27	72
Ja	5	7	8	20
Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 10./C 25. Arbeitslosigkeit und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 10. Arbeitslosigkeit				
Nein	22	13	18	53
Drohend	4	4	10	18
Ja	3	11	7	21
Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 3,6 %).

A 11./C 25. Berufliche Beeinträchtigung und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 11. Berufliche Beeinträchtigung				
Nein	13	6	12	31
Ja	16	22	23	61
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 12./C 25. Sonstige ungünstige ökonomische Umstände und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 12. Sonstige ungünstige ökonomische Umstände				
Nein	26	16	25	67
Ja	3	12	10	25
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 2,2 %).

A 13/C 25. Führerscheinentzug und Therapieergebnis

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 13. Führerscheinentzug				
Nein	22	20	24	66
Ja	7	8	11	26
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 14./C 25. Vorstrafen und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 14. Vorstrafen				
Nein	26	25	29	80
Ja	3	3	6	12
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 15./C 25. Alter bei Beginn des Alkoholismus und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 15. Alter bei Beginn des Alkoholismus				
15 - 19	7	5	5	17
20 - 29	12	11	16	39
30 - 39	9	8	13	30
40 u. darüber	1	3	1	5
Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 16./C 25. Kriterium für Beginn des Alkoholismus und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 16.	Kriterium für Beginn des Alkoholismus				
	Warnung aus der Umgebung	8	4	8	20
	Kontrollverlust, morgendliches Zittern	2	2	2	6
	Sonstiges	19	21	25	65
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 17./C 25. Dauer des Alkoholismus und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 17.	Dauer des Alkoholismus				
	1 - 5	10	11	6	27
	6 - 10	5	6	12	23
	11 - 15	7	6	6	19
	16 - 20	5	1	5	11
	21 u. darüber	2	3	6	11
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 18./C 25. Bevorzugtes Getränk und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 18.	Bevorzugtes Getränk				
	Bier, Wein, Most u. dgl.	17	17	25	59
	Unklar	4	4	4	12
	Spirituosen	8	6	6	20
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 19./C 25. Alkoholkonsum kontinuierlich und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 19.	Alkoholkonsum kontinuierlich				
	Nein	3	3	5	11
	Ja	26	24	30	80
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 20./C 25. Trinksituation und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 20.	Trinksituation				
	Vorwiegend gesellig	4	6	6	16
	Unklar	12	10	19	41
	Vorwiegend alleine	13	11	10	34
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 21./C 25. Alkoholismustyp und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 21. Alkoholismustyp				
Gamma	12	17	15	44
Delta	3	2	7	12
Gamma-Delta-Mischtyp	10	4	6	20
Sonstige und Unklassifizierte	4	5	7	16
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 22./C 25. Morgendliches Zittern und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 22. Morgendliches Zittern				
Nein	1	5	7	13
Ja	28	23	28	79
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 23./C 25. Kontrollverlust und Therapieergebnis:

	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 23. Kontrollverlust				
Nein	12	8	15	35
Ja	17	20	20	57
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 24./C 25. Delir und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 24. Delir				
Nein	21	20	28	69
Ja	8	8	7	23
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 25./C 25. Toleranzverlust und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 25. Toleranzverlust				
Nein	15	14	19	48
Ja	14	14	16	44
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 26./C 25. Vorbehandlung und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 26. Vorbehandlung				
Keine	18	17	26	61
Abgeschlossene Entziehungskur	2	1	1	4
Abgebrochene Entziehungskur	1	2	1	4
Mehrere Entziehungskuren	0	2	1	3
Sonstige stationäre Behandlung wegen Alkoholismus incl. der Komplikationen	8	6	6	20
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 27./C 25. Sonstige psychiatrische Hospitalisation und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 27.	Sonstige psychiatrische Hospitalisation				
	Nein	24	24	31	79
	Ja	5	4	4	13
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 28./C 25. Mehrfachabhängigkeit und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 28.	Mehrfachabhängigkeit				
	Nein	28	22	33	83
	Ja	1	5	2	8
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 29./C 25. Bereitschaft zur lebenslangen Abstinenz und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
A 29.	Bereitschaft zur lebenslangen Abstinenz				
	Nein	2	4	4	10
	Ja	27	23	31	81
	Summe	29	27	35	91

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 30./C 25. Erheblicher äußerer Druck und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 30. Erheblicher äußerer Druck				
Nein	19	17	22	58
Familiär	8	9	5	22
Beruflich	2	1	5	8
Sonstiges	0	1	3	4
Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 31./C 25. Verhältnis familiärer Druck/familiäre Unterstützung und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 31. Verhältnis familiärer Druck/familiäre Unterstützung				
Familiärer Druck und häufige Teilnahme an der Angehörigengruppe	2	3	3	8
Familiärer Druck und seltenere Teilnahme an der Angehörigengruppe	3	2	0	5
Familiärer Druck und fehlende Teilnahme an der Angehörigengruppe	3	3	2	8
Kein familiärer Druck und häufige Teilnahme an der Angehörigengruppe	16	4	14	34
Kein familiärer Druck und seltenere Teilnahme an der Angehörigengruppe	3	3	8	14
Kein familiärer Druck und fehlende Teilnahme an der Angehörigengruppe	2	10	6	18
Summe	29	25	33	87

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 3,9 %).

A 32./C 25. Primäre Motivation und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 32. Primäre Motivation				
Nein	26	28	34	88
Ja	3	0	1	4
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 33./C 25. Aufnahmeanlaß und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 33. Aufnahmeanlaß				
Aufenthalt in der UNK	6	5	7	18
Aufenthalt in anderer Klinik	3	4	2	9
Sonstiger ärztlicher Rat	7	7	11	25
Druck	7	5	10	22
Sonstiges	6	7	5	18
Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 34./C 25. Anreise zur ambulanten Therapie und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 34. Anreise zur ambulanten Therapie				
Mit Auto (Pat. fährt selbst)	11	7	13	31
Mit Mitpatienten	6	0	2	8
Mit Sonstigen	4	1	6	11
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln	4	3	4	11
Zu Fuß	0	3	1	4
Verschieden	3	2	3	8
Summe	28	16	29	73

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 35./C 25. Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 35. Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie				
Keine	15	13	14	42
Wenig gravierende	6	3	10	19
Gravierende	8	4	5	17
Summe	29	20	29	78

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

A 36./C 25. Entfernung von der UNK und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
A 36. Entfernung von der UNK				
bis 9 km	5	7	10	22
10 - 19 km	8	9	14	31
20 - 29 km	8	10	9	27
30 und darüber	8	2	2	12
Summe	29	28	35	92

Luat Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 1./C 25. Vollständigkeit der stationären Behandlung und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 1.	Vollständigkeit der stationären Behandlung				
	Ja	25	22	30	77
	Einvernehmliche Verkürzung	3	0	3	6
	Eigenmächtiger Abbruch	1	3	2	6
	Disziplinarische Entlassung	0	3	0	3
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant, bei Zusammenfassung von Vollständigkeit der stationären Behandlung und einvernehmlicher Verkürzung und von eigenmächtigem Abbruch und disziplinarischer Entlassung signifikant (P = 4,3 %).

B 2./C 25. Stationäre Gruppe und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 2.	Stationäre Gruppe				
	Gruppe 1	6	4	2	12
	Gruppe 2	3	4	3	10
	Gruppe 3	4	5	2	11
	Gruppe 4	3	2	6	11
	Gruppe 5	3	2	5	10
	Gruppe 6	1	6	6	13
	Gruppe 7	8	1	3	12
	Gruppe 8	1	4	8	13
	Summe	29	28	34	92

Laut Chi²-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 3./C 25. Zusammenfassung der stationären Gruppen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 3.	Zusammenfassung der stationären Gruppen				
	Gruppe 1 bis 4	16	15	13	44
	Gruppe 5 bis 8	13	13	22	48
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 4./C 25. Komplikationen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 4.	Komplikationen				
	Nein	28	27	35	90
	Ja	1	1	0	2
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 5./C 25. Distraneurin-Medikation und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 5.	Distraneurin-Medikation				
	Nein	24	16	30	70
	Ja	5	12	5	22
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 1,8 %).

B 6./C 25. Andere Psychopharmaka und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 6.	Andere Psychopharmaka				
	Nein	21	19	26	66
	Ja	8	9	9	26
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 7./C 25. Rückfall während der stationären Behandlung und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 7.	Rückfall während der stationären Behandlung				
	Nein	28	22	35	85
	Ja	1	6	0	7
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 0,5-%-Niveau signifikant (P = 0,37 %), im 2-Felder-Test (P = 0,23 %).

B 8./C 25. Sonstige Probleme und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 8.	Sonstige Probleme				
	Nein	27	25	32	84
	Ja	2	3	3	8
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 9./C 25. Zahl der bejahenden Antworten bei B 4. bis B 8. und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 9.	Zahl der bejahenden Antworten bei B 4. bis B 8.				
	0	16	9	20	45
	1	10	11	13	34
	2	2	6	2	10
	3	1	1	0	2
	4	0	0	0	0
	5	0	1	0	1
	Summe	29	28	35	92

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 10./C 25. Teilnahme von Angehörigen an der Angehörigengruppe und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 10.	Teilnahme der Angehörigen an der Angehörigengruppe				
	Nie	5	15	8	28
	Ein- bis zweimal	6	5	8	19
	Drei- bis viermal	18	7	17	42
	Summe	29	27	33	89

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 2,0 %).

B 11./C 25. Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Gruppenzugehörigkeit und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 11.	Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Gruppenzugehörigkeit				
	Nein	29	19	29	77
	Ja	0	3	4	7
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 12./C 25. Ambulante Gruppe und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 12.	Ambulante Gruppe				
	Gruppe 1	6	4	1	11
	Gruppe 2	3	3	3	9
	Gruppe 3	4	5	2	11
	Gruppe 4	3	2	8	13
	Gruppe 5	3	4	7	14
	Gruppe 6	1	1	2	4
	Gruppe 7	8	0	3	11
	Gruppe 8	1	3	7	11
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 13./C 25. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend ihrer Zusammenlegung untereinander und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis gut	mäßig	schlecht	Summe
B 13. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend ihrer Zusammenlegung untereinander				
Gruppe 1	6	4	1	11
Gruppe 2	3	3	3	9
Gruppe 3	4	5	2	11
Gruppe 4 und 8	4	5	15	24
Gruppe 5	3	4	7	14
Gruppe 6 und 7	9	1	5	15
Summe	29	22	23	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 3,6 %).

B 14./C 25. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend der Zeit des Beginns und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis gut	mäßig	schlecht	Summe
B 14. Zusammenfassung der ambulanten Gruppen entsprechend der Zeit des Beginns				
Gruppen 1 bis 4	16	14	14	44
Gruppen 5 bis 8	13	8	19	40
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

Identisch mit B 16./C 25. Zahl der obligatorischen Sitzungen und Therapieergebnis.

B 15./C 25. Konstituierung der ambulanten Gruppe und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 15. Konstituierung der ambulanten Gruppe				
Neu begonnen, später durch neue Patienten aufgefüllt	6	6	15	27
In bestehende Gruppe aufgenommen, später nicht aufgefüllt	9	3	10	22
Ebenso, aber später ein Patient neu aufgenommen	10	9	3	22
Ebenso, aber später mehr als ein Patient aufgenommen	4	4	5	13
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 19./C 25. Zahl der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat,und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 19. Zahl der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat				
0	1	6	3	10
1 - 5	3	4	8	15
6 - 15	6	5	7	18
16 - 25	4	4	6	14
26 - 35	3	2	4	9
36 - 45	4	1	1	6
46 u. darüber	8	0	4	12
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 20./C 25. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat, und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 20. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat				
0	4	6	8	18
1 - 5	12	5	17	34
6 - 15	10	4	3	17
16 - 25	2	1	0	3
26 - 35	1	1	1	3
36 - 45	0	0	1	1
46 u. darüber	0	5	3	8
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 21./C 25. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat, und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 21. Zahl der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat				
0	8	6	3	17
1 - 5	8	0	6	14
6 - 15	1	3	2	6
16 - 25	2	2	6	10
26 - 35	0	4	4	8
36 - 45	7	2	5	14
46 u. darüber	3	5	7	15
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 22./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat, an der Zahl der obligatorischen Sitzungen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 22.	Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat, an der Zahl der der obligatorischen Sitzungen				
	Bis ein Viertel	7	11	15	33
	Darüber bis die Hälfte	3	6	8	17
	Darüber bis drei Viertel	1	2	3	6
	Darüber bis Gesamtzahl	14	1	3	18
	Darüber	4	2	4	10
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 0,7 %).

B 23./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der obligatorischen Sitzungen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 23.	Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der obligatorischen Sitzungen				
	Bis ein Viertel	22	14	28	64
	Darüber bis die Hälfte	4	2	0	6
	Darüber bis drei Viertel	0	0	1	1
	Darüber bis Gesamtzahl	3	2	2	7
	Darüber	0	4	2	6
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 24./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der obligatorischen Sitzungen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 24.	Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der obligatorischen Sitzungen				
	Bis ein Viertel	17	6	11	34
	Darüber bis die Hälfte	0	4	4	8
	Darüber bis drei Viertel	3	3	4	10
	Darüber bis Gesamtzahl	2	4	9	15
	Darüber	7	5	5	17
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 25./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 25.	Anteil der ambulanten Sitzungen, an denen der Patient teilgenommen hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen				
	Bis ein Viertel	10	14	17	41
	Darüber bis die Hälfte	4	4	5	13
	Darüber bis drei Viertel	3	2	5	10
	Darüber	12	2	6	20
	Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 26./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 26. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient entschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen				
Bis ein Viertel	26	15	28	69
Darüber bis die Hälfte	2	0	0	2
Darüber bis drei Viertel	1	2	2	5
Darüber	0	5	3	8
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 27./C 25. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis			
	gut	mäßig	schlecht	Summe
B 27. Anteil der ambulanten Sitzungen, bei denen der Patient unentschuldigt gefehlt hat, an der Zahl der tatsächlich abgehaltenen Sitzungen				
Bis ein Viertel	17	8	11	36
Darüber bis die Hälfte	2	2	5	9
Darüber bis drei Viertel	5	5	4	14
Darüber	5	7	13	25
Summe	29	22	33	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 32./C 25. Beteiligungsprofil und Therapieergebnis:

	C 25. Therapieergebnis	
	gut	mäßig + schlecht
B 32. Beteiligungsprofil		
Beginn (B 28.)	7,9	9,7
Mitte (B 29.)	9,8	12,7
Dreiviertel (B 30.)	10,9	14,4
Ende (B 31.)	11,9	14,7

Laut Multivariater Varianzanalyse auf dem 5-%-Niveau signifikanter Unterschied zwischen den Kurven.
Im Multivariaten Profilvergleich wird die Nullhypothese (Parallelität der Kurven) beibehalten, der Niveau-Unterschied zwischen den Kurven ist auf dem 0,5-%-Niveau signifikant.

B 32./C 7. Beteiligungsprofil und Therapieergebnis und Verhältnis erster Rückfall/ambulante Therapie:

	Therapie-ergebnis	Erster Rückfall vor	nach
	gut	Beendigung der ambulanten	Therap
B 32. Beteiligungsprofil			
Beginn (B 28.)	7,9	9,6	8,7
Mitte (B 29.)	9,8	12,3	12,2
Dreiviertel (B 30.)	10,9	14,7	14,3
Ende (B 31.)	11,9	14,7	15,1

Laut Multivariater Varianzanalyse auf dem 5-%-Niveau kein signifikanter Unterschied zwischen den Kurven. Im Multivariaten Profilvergleich wird die Nullhypothese (Parallelität der Kurven beibehalten, der Niveau-Unterschied zwischen den Kurven ist auf dem 5-%-Niveau signifikant.

B 32./A. 35. Beteiligungsprofil und Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie:

	Hindernisse für die Teilnahme an der ambulanten Therapie		
	keine	wenig gravierende	gravierende
B 32. Beteiligungsprofil			
Beginn (B 28.)	8,4	7,9	10,8
Mitte (B 29.)	10,2	11,4	14,7
Dreiviertel (B 30.)	11,7	13,6	14,9
Ende (B 31.)	11,7	15,2	15,8

Laut Multivariater Varianzanalyse auf dem 5-%-Niveau signifikanter Unterschied zwischen den Kurven. Im Multivariaten Profilvergleich wird die Nullhypothese (Parallelität der Kurven) im Vergleich zwischen keinen und wenig gravierenden Hindernissen verworden, in den übrigen Vergleichen beibehalten, der Niveau-Unterschied zwischen den Kurven ist auf dem 0,5-%-Niveau signifikant.

B 32./A. 36. Beteiligungsprofil und Entfernung von der UNK

	Entfernung des Wohnorts von der UNK in km				
	bis 2	3-9	10-19	20-29	30 u. darüber
B 32. Beteiligungsprofil					
Beginn (B 28.)	11,1	8,2	9,2	9,5	7,6
Mitte (B 29.)	14,6	9,1	12,4	12,2	10,8
Dreiviertel (B 30.)	15,0	10,6	13,7	14,4	10,9
Ende (B 31.)	14,7	13,5	13,8	13,7	12,5

Laut Multivariater Varianzanalyse auf dem 5-%-Niveau signifikanter Unterschied zwischen den Kurven. Im Multivariaten Profilvergleich wird die Nullhypothese (Parallelität der Kurven) verworfen (5-%-Niveau), im Vergleich zwischen den einzelnen Kurven finden

sich hier signifikante Unterschiede zwischen 3 - 9 Kilometern und 10 - 19 Kilometern und zwischen 3 - 9 Kilometern und 20 - 29 Kilometern.

B 33./C 25. Antabus und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 33.	Antabus				
	Nicht verordnet, nicht eingenommen	13	15	22	50
	Verordnet, aber nicht eingenommen	6	2	1	9
	Nur im ersten Quartal nach der Kur eingenommen	6	6	5	17
	Sonst nach der Kur eingenommen	4	3	6	13
	Summe	29	26	34	89

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 34./C 25. Kontakt mit der Suchtstation nach der Kur und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 34.	Kontakt mit der Suchtstation nach der Kur				
	Nein	19	18	14	51
	Ja	10	8	17	35
	Summe	29	26	31	86

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 35./C 25. Kontakt mit Mitpatienten nach der Kur und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 35.	Kontakt mit Mitpatienten nach der Kur				
	Nein	6	6	12	24
	Ein- bis fünfmal	4	11	7	22
	Häufiger	19	9	13	41
	Summe	29	26	32	87

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau signifikant (P = 4,6 %).

B 36./C 25. Fortsetzung der ambulanten Gruppentherapie für mindestens einen Monat nach dem ersten Rückfall und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 36.	Fortsetzung der ambulanten Gruppentherapie für mindestens einen Monat nach dem ersten Rückfall				
	Nein	2	21	21	44
	Ja	1	6	10	17
	Summe	3	27	31	61

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 37./C 25. Wiederaufnahme auf der Suchtstation nach Rückfall und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 37.	Wiederaufnahme auf der Suchtstation nach Rückfall				
	Nein	1	23	30	54
	Ja	2	4	4	10
	Summe	3	27	34	64

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 38./C 25. Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach der Kur und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 38.	Psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nach der Kur				
	Nein	26	20	25	71
	Ambulant	2	4	3	9
	Stationär (incl. ambulant und stationär)	1	1	2	4
	Summe	29	25	30	84

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

B 39./C 25. Andere ambulante Alkoholikerbetreuung nach der Kur und Therapieergebnis:

		C 25. Therapieergebnis			
		gut	mäßig	schlecht	Summe
B 39.	Andere ambulante Alkoholikerbetreuung nach der Kur				
	Nein	16	12	23	51
	Geringfügig	8	7	6	21
	Intensiv	5	8	3	16
	Summe	29	27	32	88

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

D 3./C 15./C 15. Interview-Situation und Übereinstimmung der Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Patienten und nach Angaben des Kollateralinformanten:

	C 15./C 16. Gesamtbeurteilung Trinken nach Angaben des Patienten und nach Angaben des Kollateralinformanten		
	Übereinstimmung	C 16. ungünstiger als C 15.	Summe
D 3. Interviewsituation			
Patient und Kollateralinformant getrennt und ohne bzw. mit Intervall interviewt	18	7	25
Patient und Kollateralinformant getrennt interviewt, bei einem Interview beide anwesend	9	2	11
Patient und Kollateralinformant zusammen interviewt, dabei Kollateralinformant nur pauschal befragt	16	1	17
Summe	43	10	53

Laut Chi^2-Test auf dem 5-%-Niveau nicht signifikant.

LEBENSLAUF

Klaus Heide,

geboren am 10. September 1949 in Kirchberg, Rems-Murr-Kreis, als älterer der zwei Söhne des Drogisten Alfred Heide und der Lydia Heide, geborene Mammel.

1956 bis 1960 Grundschule in Marbach, 1960 bis 1966 Progymnasium in Marbach, 1966 bis 1968 Friedrich-Schiller--Gymnasium in Ludwigsburg, dort mathematisch-naturwissenschaftliches Abitur mit großem Latinum. 1968 bis 1969 Tätigkeit als Theologischer Praktikant in verschiedenen Gemeinden der Evangelisch-Methodistischen Kirche.

1969 bis 1970 Sprachenkolleg der Evangelischen Kirche in Stuttgart, dort Graecum und Hebraicum.

1970 Heirat mit der Finanzbeamtin Helga Margarethe Harfmann, 1978 Scheidung der Ehe.

Wintersemester 1970/1971 bis Wintersemester 1971/1972 Studium der Evangelischen Theologie und Sommersemster 1972 bis Sommersemester 1979 der Medizin an der Universität Tübingen, Abschluß des Staatsexamens am 30.10.1979 .

Dezember 1979 bis Januar 1981 Tätigkeit als Assistenzarzt am Neurologischen und Hirnverletzten-Versorgungskrankenhaus in Tübingen, Februar 1981 bis März 1983 und wieder seit Oktober 1983 an der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen, sowie April bis September 1983 am Fachkrankenhaus Rottenmünster in Rottweil.

Druck Köhler Tübingen